

Bernhard Richarz

Der Umgang mit psychisch kranken Menschen  
in der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar  
von 1905 bis 1945



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41547927\\_0001](https://archive.org/details/IA41547927_0001)





Aus dem Institut für Geschichte der Medizin  
der Universität München  
Vorstand: Prof. Dr. Dr.h.c. Heinz Goerke

DER UMGANG MIT PSYCHISCH KRANKEN MENSCHEN  
IN DER HEIL- UND PFLEGEANSTALT EGLFING-HAAR  
VON 1905 BIS 1945

Dissertation

Zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
Bernhard Richarz  
aus  
München  
1986

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. R. Wittern

Mitberichterstatter: Prof. Dr. H. Goerke

Prof. Dr. H. Hippus

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 15.07.86

## Inhaltsverzeichnis

|                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| Einleitung . . . . .                                                    | 5   |
| 1. Die Lage der Psychiatrie in Bayern im 19. Jahrhundert . . . . .      | 8   |
| 1.1 Die Entstehung staatlicher Anstalten für psychisch Kranke . . . . . | 8   |
| 1.2 Die ärztliche Behandlung in den Anstalten . . . . .                 | 15  |
| 1.3 Die Lehre der Psychiatrie und ihre Unterrichtung . . . . .          | 21  |
| 1.4 Sozialer Wandel und psychische Krankheit . . . . .                  | 28  |
| 2. Die oberbayerischen Anstalten Eglfing und Haar                       |     |
| 1905 - 1945 . . . . .                                                   | 32  |
| 2.1 Die Gründung der beiden Anstalten . . . . .                         | 32  |
| 2.2 Die Entwicklung bis in die dreißiger Jahre . . . . .                | 39  |
| 2.3 Kriegsbedingte Veränderungen . . . . .                              | 47  |
| 3. Beschreibung der Anstalt um 1930 . . . . .                           | 52  |
| 3.1 Leben und Menschen in der Anstalt . . . . .                         | 52  |
| 3.2 Die wichtigsten Krankheitsbilder . . . . .                          | 67  |
| 3.3 Der Umgang mit den Kranken . . . . .                                | 74  |
| 4. Die somatischen Therapieverfahren . . . . .                          | 92  |
| 4.1 Die Insulinschock-Behandlung . . . . .                              | 92  |
| 4.2 Die Krampftherapie . . . . .                                        | 105 |
| 5. Die Anstalt in der Zeit des Nationalsozialismus . . . . .            | 119 |
| 5.1 Rassenbiologische Gedanken in der Psychiatrie vor 1933 . . . . .    | 119 |
| 5.2 Die Sterilisierung psychisch kranker Menschen . . . . .             | 125 |
| 5.3 Weitere Maßnahmen zur Rassenhygiene . . . . .                       | 143 |

|                                                     |         |
|-----------------------------------------------------|---------|
| 6. Die Krankentötung . . . . .                      | 152     |
| 6.1 Anordnung und allgemeine Durchführung . . . . . | 152     |
| 6.2 Die Tötung von Erwachsenen . . . . .            | 164     |
| 6.3 Die Tötung von Kindern . . . . .                | 191     |
| 6.4 Die Haltung des Direktors . . . . .             | 205     |
| <br>Zusammenfassung . . . . .                       | <br>217 |
| <br>Tabellen . . . . .                              | <br>220 |
| <br>Anmerkungen . . . . .                           | <br>250 |
| <br>Quellennachweis . . . . .                       | <br>266 |
| 1. Archivalien . . . . .                            | 266     |
| 2. Literatur . . . . .                              | 268     |
| <br>Lebenslauf . . . . .                            | <br>287 |

## Einleitung

In der Zeit des Nationalsozialismus sind etwa 350 000 psychisch kranke Menschen sterilisiert und mehr als 100 000 getötet worden. Nachdem auf die erste, unmittelbar in der Nachkriegszeit entstandene Darstellung der "Euthanasie" (1) nur vereinzelt weitere Untersuchungen gefolgt waren (2), begann gegen Ende der siebziger Jahre eine Aufarbeitung der Ereignisse unter verschiedenen Gesichtspunkten (3). In unlängst erschienenen Veröffentlichungen wurden auch mögliche Zusammenhänge zwischen der "Euthanasie" und dem damals üblichen Umgang mit psychisch kranken Menschen erwo-gen (4).

Es wurde bisher nur wenig beachtet, daß die Anordnungen der nationalsozialistischen Regierung der Mitwirkung von Anstaltsärzten bedurften, um in die Tat umgesetzt werden zu können. In der vorliegenden Untersuchung wollen wir darauf eingehen, was die in den Anstalten tätigen Ärzte dazu gebracht haben könnte, sich an den Maßnahmen zur Sterilisierung und Tötung von psychisch Kranken zu beteiligen.

Um darauf eine Antwort zu finden, haben wir eine deutsche Heil- und Pflegeanstalt, nämlich die oberbayerische Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar, ausführlich untersucht. Schon früher war über einzelne Anstalten und die dort erfolgte Durchführung der "Euthanasie" berichtet worden (5), doch blieb dabei die psychiatrische Versorgung der Kranken und die Haltung der Ärzte gegenüber ihren Patienten im allgemeinen unberücksichtigt.

Die bisher erschienene Literatur über die Anstalt Eglfing-Haar umfaßt neben einigen kleineren Schriften zwei vom Bezirk Oberbayern bzw. vom Bezirkskrankenhaus Haar herausgegebene, umfangreiche Festschriften, die Dissertation von HENNING DWINGER "Zur Entstehung des Bezirkskrankenhauses Haar bei München" und das Buch von GERHARD SCHMIDT "Selektion in der Heilanstalt".

Für unsere Untersuchung werteten wir in erster Linie die folgenden Quellen aus: die Jahresberichte, die uns Aufschluß gaben über den alltäglichen Umgang mit den Kranken und über die wichtigen Ereignisse in der Entwicklung der Anstalt, die wissenschaftlichen Veröffentlichungen der Anstaltsärzte, die uns zeigten, wie neue therapeutische Verfahren in Eglfing-Haar eingeführt wurden und welche Überlegungen die Verantwortlichen dabei bestimmten, und die Aufzeichnungen in den Akten verschiedener Strafprozesse, durch die wir genaue Angaben über das Ausmaß und die Durchführung der "Euthanasie" erhielten.

In der Absicht, am Beispiel der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar zu klären, was Anstaltsärzte dazu veranlaßt haben könnte, die Sterilisierung und Tötung ihrer Patienten zu unterstützen, schien es uns angebracht die folgenden Fragen zu stellen:

Wie sah die damalige Psychiatrie den psychisch kranken Menschen, sein Leiden, seine Leidensfähigkeit, den Wert seines Lebens?

Besteht eine Kontinuität im Denken der deutschen Psychiatrie zwischen der Zeit des Nationalsozialismus und der Zeit davor?

Welchen Anteil hatte das nationalsozialistische Gedankengut und Menschenbild an der Verwirklichung von Sterilisierung und "Euthanasie", aber welchen Anteil konnte auch das damalige ärztlich-psychiatrische Denken und Menschenbild daran haben?

Schließlich: Inwieweit befürworteten die Ärzte, das übrige Personal der Anstalt und die Angehörigen der Kranken die Anordnungen der Nationalsozialisten, verhielten sie sich gleichgültig, mißbilligten oder verhinderten sie sogar im Rahmen ihrer Möglichkeiten unmenschliche Maßnahmen?

Wir beginnen unsere Darstellung mit dem geschichtlichen Hintergrund der Psychiatrie in Bayern vor 1933 und einem Überblick über die Entwicklung der Anstalt Eglfing-Haar, um dann an Hand von vielen weithin unveröffentlichten Quellen das Denken und Handeln der Mitarbeiter in der Zeit von 1930 bis 1945 möglichst genau und anschaulich zu beschreiben. Dabei stellen wir bei jedem Abschnitt zum einen den Bezug zur allgemeinen Entwicklung der

Psychiatrie her, zum anderen sollen ausgewählte Fallbeispiele einen Eindruck davon vermitteln, wie sich die Ereignisse auf die Anstaltsinsassen auswirkten und wie sie von ihnen erlebt wurden.

Die wissenschaftliche Betreuung der Arbeit lag im wesentlichen bei Frau Prof. Dr. WITTERN, die unterdessen zum Vorstand des Instituts für Geschichte der Medizin an der Universität Erlangen-Nürnberg berufen wurde. Wir danken ihr für ihre stete Anregung und lebhafte Unterstützung.

## 1. Die Lage der Psychiatrie in Bayern im 19. Jahrhundert

Bevor wir uns der Geschichte der Anstalten Eglfing und Haar von ihrer Gründung bis zum Jahre 1945 zuwenden, müssen wir auf die Psychiatriegeschichte des 19. Jahrhunderts eingehen. Denn vieles von dem, was wir später erörtern werden, beruht auf Entwicklungen, die bereits in jener Zeit begannen. Wir legen den Schwerpunkt unserer Darstellung auf die Verhältnisse in Bayern und ziehen die im übrigen Deutschland nur zum Vergleich heran.

### 1.1 Die Entstehung staatlicher Anstalten für psychisch Kranke

Um 1800 lag die öffentliche Versorgung psychisch kranker Menschen in Bayern noch fast ausschließlich in Händen der Kirche oder der Gemeinden. Aus bisher nicht erkennbaren Gründen (1) hatte der bayerische Staat im vorangegangenen 18. Jahrhundert keines der sogenannten Zucht- und Tollhäuser errichtet, in denen andernorts Menschen verwahrt wurden, die außerhalb der gesellschaftlichen Ordnung standen, wie Kriminelle, Prostituierte und psychisch Kranke. Staatliche "Tollhäuser", welche vielfach den schon länger bestehenden "Zuchthäusern" angegliedert wurden, gab es in Deutschland seit 1710 in Celle, seit 1735 in Bayreuth (damals selbständige Markgrafschaft) und seit 1749 in Ludwigsburg.

In den Spitälern der Städte waren vielfach eigene Abteilungen für psychisch Kranke eingerichtet. Im Münchner Heilig-Geist-Spital, an das heute noch die Heilig-Geist-Kirche am Viktualienmarkt erinnert, gab es für sie ein eigenes Haus, das inmitten der

Anlage stand, aber durch Wirtschaftsgebäude von den anderen Bereichen des Spitals abgesondert war. In ihm lebten 1781 vierundzwanzig "ganze und halbe Narren" (2), von denen im Jahresverlauf zwei gestorben und drei genesen seien. Ihre Unterbringung war menschenunwürdig und empörte schon die Zeitgenossen. Ein nicht näher bekannter Anonymus, der vor 1786 das Heilig-Geist-Spital besuchte, schilderte seine Eindrücke: "In der Hoffnung weite helle Säle zu sehen trat ich in Kellerhöhlen; statt frischer gesunder Luft drang mir beym Eintritt ein erstickender Dunst entgegen; für trockene Reinlichkeit traf ich feuchte Unsauberkeit an. Keine abgesonderten freie Bettstätten, sondern wahre mit Bretern verschlagene Menschen Ställe standen da" (3).

Derartige Mißstände waren nicht auf München beschränkt. Wer damals psychisch Kranke an den Stätten aufsuchte, an denen sie leben mußten, klagte über das, was er gesehen hatte, und hob die schädlichen Auswirkungen auf ihre Gesundheit hervor. "Der Gesundeste muß hier in wenigen Wochen krank werden und Kranke will man da heilen?" (4) schrieb wiederum der Anonymus. Gleichzeitig schränkte er seine Aussage wieder ein: "Ohnmacht und beynahe Verzweiflung müßte entstehen, wären keine gefühllosen Unglücklichen in diese schwarze Höhle eingesperrt" (5). Da man annahm, daß psychisch kranke Menschen das Elend, das sie umgab, nicht empfinden würden, wurde es als nicht dringlich angesehen, ihre Lage zu ändern. Bis 1803, als die Abteilung im Heilig-Geist-Spital aufgelöst wurde, blieben die Ketten an den Wänden der "Narrenkeuchen" erhalten.

Der Bericht des Anonymus über das Münchner Heilig-Geist-Spital verweist uns auch auf den sich am Ende des 18. Jahrhunderts abzeichnenden Einstellungswandel gegenüber psychisch kranken Menschen. Hatte sich in den Jahrzehnten zuvor bei ihnen die ärztliche Versorgung, wenn überhaupt eine stattfand, auf körperliche Krankheiten beschränkt, fing man nun an, auch den Wahnsinn für einer Behandlung zugänglich zu halten. Erst dieser Wandel rückte die bislang als selbstverständlich hingenommenen Mißstände ins Licht der Öffentlichkeit. Der Anonymus sprach deutlich aus, welche Lebensbedingungen er für wünschenswert hielt: weite, helle Säle, frische gesunde Luft, trockene Reinlichkeit, abgesonderte

freie Bettstätten.

Der Ruf "Der Narr ist heilbar!", der die geänderte Einstellung schlagwortartig zusammenfaßte, erreichte die bayerische Regierung in den ersten Jahren nach 1800 noch nicht. Es war der Magistrat der Stadt München, der sich entschloß, den bedrückenden Zuständen im Heilig-Geist-Spital abzuhelpfen. Die Stadtverwaltung ließ das ehemalige Hofkrankenhaus am Auer Mühlbach in Giesing umbauen und eröffnete es 1803 als "Tollhaus". Es bot Platz für 25 Kranke, war aber bald überfüllt. Das Erdgeschoß wies 13 Zellen auf und ein Zimmer für den Wächter. Es war für die "ganz Tollten" bestimmt und verwahrte sie hinter doppelten Türen: eine innere, starke, mit Stacheten versehene, war von außen mit einer Schraubenmutter versperrt und besaß einen Aufsatz für die zu reichenden Speisen; die äußere, aus Holz, sollte die Ausbrüche der Tollheit weniger hörbar machen. Unter Aufsicht eines weiteren Wächters beherbergte das obere Stockwerk die ruhigen Kranken in neun Zellen, die mit nicht näher bezeichnetem "beweglichen Gerät" ausgestattet waren (6).

KOLLMANN schrieb 1900 in seinem Aufsatz "Zur Geschichte der Irrenpflege in Bayern" über die Zustände im Giesinger Tollhaus sehr vorsichtig: "Von dem wohlthätigen Einfluß der neu entstandenen Wissenschaft ist sie aber offenbar noch wenig berührt worden, da sie sprichwörtlich als schlecht im Auslande bekannt war" (7). Das städtische Giesinger Tollhaus konnte eine befriedigende Unterbringung psychisch kranker Menschen nicht gewährleisten.

Bereits im Jahre 1805 hatte die preußische Regierung den Arzt JOHANN GOTTFRIED LANGERMANN (1768 - 1832), der sich in seiner Dissertation des damals noch ungewöhnlichen Themas der Behandlung psychisch Kranker angenommen hatte, beauftragt, das "Tollhaus" im damals preußischen Bayreuth in eine "Psychische Heilanstalt für Geistesranke" umzuwandeln. Es war der erste Versuch in Deutschland, psychisch Kranke in Heilanstalten von Ärzten behandeln zu lassen.

Die Voraussetzungen in Bayreuth waren günstig. Die deutsche Kleinstaatserei hatte dazu geführt, daß in den ehemaligen Mark-

grafschaften Bayreuth und Ansbach unabhängig voneinander je ein Zucht- und Tollhaus entstanden war (Bayreuth 1735, Schwabach 1763). Für damalige Verhältnisse überaus fortschrittlich und für so kleine Staaten besonders erstaunlich, erfolgte bereits 1780 in Schwabach und (1784 oder) 1788 in Bayreuth eine Trennung der psychisch Kranken von den übrigen Insassen in eigenständige "Tollhäuser" (8). Die preußische Reform von 1805 ging nun noch einen Schritt weiter, indem sie unter Ausnutzung der räumlichen Gegebenheiten die Gruppe der psychisch Kranken in Heilbare und Unheilbare unterschied.

Ein Grund für diese Maßnahme war die Auffassung, daß die Unheilbaren durch ihren Anblick die mögliche Genesung der Heilbaren gefährden könnten. Sie kamen nach Schwabach und wurden weiterhin ohne Behandlung verwahrt. Diejenigen, die als heilbar ausgewählt worden waren, erfuhren jedoch in Bayreuth eine sorgfältige Behandlung (vgl. 1.2).

Die in Bayreuth und Schwabach erstmals in Deutschland verwirklichte örtliche Trennung in Heilanstalt und Pflegeanstalt fand Nachahmung in anderen deutschen Staaten. Von den zahlreichen Neugründungen dieser Jahre seien genannt: die Heilanstalt Sonnenstein bei Pirna (1811) und die Pflegeanstalt Waldheim in Sachsen, die Heilanstalt Siegburg (1825) und die Pflegeanstalt Andernach (1835) in der preußischen Rheinprovinz sowie die Heilanstalt Hildesheim (1827) des Königreichs Hannover, die 1833 mit einer am selben Ort errichteten Pflegeanstalt ihre Ergänzung erfuhr (9).

Als Bayreuth 1810 bayerisch wurde, verfiel die unter preußischer Verwaltung errichtete, vorbildliche Heilanstalt rasch. Welch grauenhafte Zustände wieder über Jahre hinweg herrschten, zeigte der amtliche Bericht von FRIEDRICH KARL STAHL (1811 - 1873) auf, der mit der Unterstützung einer endlich aufgeschlossenen bayerischen Regierung in den Jahren 1853 und 1854 eine Reform der Irrenanstalt St. Georgen bei Bayreuth eingeleitet hatte. Er schrieb über das Leben in der Anstalt: "Der Verfall und die Unsauberkeit der Gebäulichkeiten und Geräthschaften, der Mangel an einer Hausord-

nung, an regelmäßiger Beschäftigung und Zerstreuung, an gehöriger Beaufsichtigung des Wärterpersonals, dessen roher Gewalt und Laune die unglücklichen Pfléglinge preisgegeben waren u.s.w., erzeugten die traurige Physiognomie eines Strafortes für Geistes- kranke, welche unter diesen Verhältnissen nothwendig verthieren mußten. Seit Jahren tönte dem Besucher der Ton der Klage, des Jammers, der Verzweiflung aus allen Zellen und Corridoren in schrecklichem Tumulte entgegen und keiner dieser unglücklichen Bewohner des Hauses erhielt auch nur einen Tropfen Balsam für den 'Schmerz', der in gleichem Maasse ein Attribut des Seelenleidens ist, wie der körperlichen Krankheit" (10).

Seine Auffassung, daß die Verhältnisse in Bayreuth den Zustand der psychisch Kranken notwendigerweise noch verschlechtern mußten, ist besonders hervorzuheben. Fortschrittliche Psychiater aller Zeiten setzten immer wieder an diesem Punkt an. Sie änderten die Lebensbedingungen der psychisch Kranken und stellten häufig fest, daß die vermeintlich fixierten Symptome einer Erkrankung daraufhin verschwanden.

In Bayern begann die staatliche Sorge um psychisch kranke Menschen mit dem Landtag von 1828 bis 1830. Er beschloß: Es ist für jeden Kreis eine eigene, oder wenigstens für zwei eine gemeinschaftliche Irrenanstalt zu gründen (11). Der Bezirk Oberbayern tat sich mit der Errichtung seiner "Irrenanstalt" außerordentlich schwer. Es ergab sich eine langjährige Auseinandersetzung zwischen Staat und Bezirk um den geeigneten Standort. Das als Anstalt vorgesehene Kloster Indersdorf erwies sich schon bald nach Beginn des Umbaus als ungeeignet, aber auf Drängen der bayerischen Staatsregierung mußten die Bauarbeiten fortgesetzt werden. Im Erlaß des Ministeriums vom 13.5.1835 war zwar Indersdorf neben Erlangen und Würzburg als Heilanstalt vorgesehen, während in Irsee, Bayreuth-St. Georgen, Regensburg und Frankenthal Pflegeanstalten errichtet werden sollten (12). Trotzdem verlief die weitere Entwicklung stockend. 1839 schlug der praktische Arzt und Irrenarzt zu Giesing CHRISTLMÜLLER vor, die zweckmäßige Einrichtung des dortigen Tollhauses zu veranlassen und es als Kreisirrenanstalt zu betreiben. Aber die Staatsregierung bestand zu dieser Zeit noch weiterhin auf der Durchfüh-

rung ihrer ursprünglichen Pläne. Erst nachdem 1847 der Landrat von Oberbayern in einem Gutachten erneut all die Nachteile aufgezählt hatte, die mit einer Anstalt in Indersdorf verbunden wären, gab die Staatsregierung ihr Vorhaben auf und stimmte dem Vorschlag zu, wegen der Nähe der Universität in München einen Neubau zu errichten (13). Bis dieser bezugsfertig war, verstrichen weitere zehn Jahre, in denen das trostlose Giesinger Tollhaus des Münchner Magistrats die einzige öffentliche Einrichtung in Oberbayern blieb, die psychisch kranke Menschen aufnahm.

Am 31. Oktober 1859 konnte endlich auch der Bezirk Oberbayern seine eigene Anstalt für psychisch kranke Menschen eröffnen, nachdem die Eröffnung der Anstalten Erlangen (1846) im Bezirk Mittelfranken, Irsee (1848) im Bezirk Schwaben, Karthaus Prüll (1852) im Bezirk Oberpfalz, Werneck (1855) im Bezirk Unterfranken und Klingenmünster (1857) in der bayerischen Pfalz vorausgegangen war (14). Die "Oberbaierische Kreis-Irrenanstalt München" lag auf dem rechten Isarhochufer außerhalb der damaligen Stadtgrenzen in der Auerfeldstraße 6. Sie bot Platz für 300 Kranke, wobei "Heilbare" und "Unheilbare" in gleicher Weise aufgenommen und untergebracht werden sollten (15).

Die Anstalt entsprach sowohl hinsichtlich der Lage in der freien Natur als auch in Bezug auf die gemeinsame Unterbringung von als heilbar und als unheilbar angesehenen Kranken den Forderungen der damaligen Anstaltspsychiater. Ihr Vorbild war die badische Anstalt Illenau, die nach Plänen von CHRISTIAN FRIEDRICH WILHELM ROLLER (1802 - 1878) gebaut und 1842 eröffnet worden war. Als "relativ verbundene Heil- und Pflegeanstalt" vereinigte sie in ein und demselben Bauwerk vier gleich große Abteilungen, auf die die Kranken nach Geschlecht und Heilbarkeit bzw. Unheilbarkeit aufgeteilt waren. ROLLER überwand damit die bisher übliche Trennung in eigenständige Heilanstalten und Pflegeanstalten, die sich im Alltag nicht bewährt hatte, da sich eine sichere Vorhersage über Entwicklung und Ausgang einer psychischen Erkrankung als unmöglich erwiesen hatte. Die von ROLLER verwirklichte Einheit der psychiatrischen Versorgung geschah in ländlicher Abgeschlossenheit (16). Aus verschiede-

nen Gründen hatte er sich bewußt für sie entschieden, nicht zuletzt deshalb, weil er sie für therapeutisch bedeutsam hielt: die psychisch Kranken wurden ihrer gewohnten Umgebung entzogen und fanden Heilung in einer schönen Landschaft und durch Beschäftigung in Garten und Landwirtschaft.

In einer zeitgenössischen Beschreibung der neu errichteten oberbayerischen Anstalt von LUDWIG WILLE (1834 - 1912), der zu Beginn der sechziger Jahre dort als Anstaltsarzt tätig war, wird in Entsprechung zu ROLLERs Auffassung hervorgehoben, wie glücklich die Lage der Anstalt gewählt sei: sie weise gute Luft und gutes Wasser auf und sei trotz der Nähe der Großstadt deren Lärm und Getriebe entrückt. Besonders hob WILLE noch hervor, daß die Hauptseite der Anstalt nach Süden gerichtet sei, mit der "so herrlich Gemüth und Sinn erregenden und erfrischenden Aussicht auf die bairischen Hochalpen" (17).

Die Bauweise der Anstalt entsprach der damals üblichen. Das Mittelgebäude mit der Kirche und den Wohnungen der Anstaltsbeamten und des Dienstpersonals trennte die Abteilungen für weibliche Patienten auf der rechten Seite von denen für männliche auf der linken. Je nach Art der Erkrankung waren die Kranken in verschiedenen Abteilungen untergebracht. Eine weitere Unterscheidung erfolgte in ruhige und unruhige Kranke und solche, die weder zu den einen noch zu den anderen gehörten. Am 1. April 1860 beherbergte die Anstalt, obwohl sie noch kaum sechs Monate betrieben war, bereits 166 Menschen (18). Schon an dieser Zahl zeigte sich, daß psychisch kranke Menschen Hilfe und Behandlung brauchten und wie wenig bisher für sie getan worden war.

Mit Errichtung der Kreis-Irrenanstalt München setzte sich auch in Oberbayern das Prinzip der staatlichen Versorgung psychisch kranker Menschen durch, das mit der Eröffnung der niederbayerischen Anstalt Deggendorf 1869 und der oberfränkischen Anstalt Bayreuth 1870 seinen Abschluß für ganz Bayern fand. Der bayerische Staat hatte damit den geforderten und dringend benötigten Rahmen für die ärztliche Behandlung psychisch kranker Menschen geschaffen.

## 1.2 Die ärztliche Behandlung in den Anstalten

In der Bayreuther "Psychischen Heilanstalt für Geisteskranke" behandelte der Arzt JOHANN GOTTFRIED LANGERMANN psychisch kranke Menschen während der Jahre 1805 bis 1810. Er hatte genaue Vorstellungen von dem, was er erreichen wollte; so schrieb er 1804: "Der im Geiste zerrüttete Mensch muss aus seinen Trümmern gleichsam von neuem erschaffen und seiner Bestimmung der körperlichen Arbeit und der vernünftigen Geistesthätigkeit entgegengeführt werden" (19). LANGERMANNs Menschenbild ging also von einer Bestimmung des Menschen aus, die sich in körperlicher Arbeit und geistiger Tätigkeit verwirklicht. Die psychische Krankheit war der Anlaß für eine Art grundsätzliche Neuschöpfung des Menschen gemäß diesem Menschenbild. Es genügte LANGERMANN nicht, nur die somatische Ursache der Erkrankung zu beseitigen, wie es die somatische Medizin oder die Naturkraft vermochten; denn: "In der Zeit der Befreiung von solchen krankhaften Hirnaffectationen ist ein solcher Verrückter so gut und gescheidt wie die anderen auch, die angeblich vernünftig sind" (20).

Um seiner ärztlichen Aufgabe gerecht werden zu können, plante LANGERMANN, in der Anstalt noch folgende Umbauten ausführen zu lassen: ein großes Sturz- und Duschbad, ein Arbeits- und Unterrichtszimmer (mit Anstellung eines Lehrers und einer Lehrerin), besondere Wohnungen für Rekonvaleszenten und zwei besonders große Gärten mit Vorrichtungen zu körperlicher Arbeit, Übungen und Spielen in freier Luft.

Aber auch diese äußeren Veränderungen reichten seiner Meinung nach nicht aus, um eine Einrichtung für psychisch Kranke auch wirklich zu einer Heilanstalt werden zu lassen. LANGERMANN verlangte darüber hinaus eine Erziehung des Personals. "Das Amtspersonal der Heilanstalt, wenn es nur guten Willen und die nöthigen Eigenschaften und Anlagen mitbrächte, müsste sich selbst gegenseitig zur Entwöhnung von allen, die moralische Würde und Wirksamkeit des Men-

schen störenden Fehlern behülflich sein und die Aufmerksamkeit auf diesen Punkt in dem Maasse steigern, in welchem sie jetzt im wirklichen Leben nirgends angetroffen - ja nirgends verlangt wird. Nur so kann die moralische Kraft und fester Wille hervorgerufen werden und bis zur Gewohnheit gestärkt werden, ohne welche der psychische Theil der Irrenbehandlung ganz wegfallen oder in leerer Spielerei oder bedeutungsloses Wortgeplärre ausarten muss" (21). LANGERMANNs Ansätze zur Behandlung psychisch kranker Menschen gerieten in den folgenden Jahren weitgehend in Vergessenheit.

Als knapp 50 Jahre später STAHL die in der Zwischenzeit verwahrloste Bayreuther Anstalt reformierte (vgl. 1.1), bemühte er sich vor allem darum, die äußeren Lebensbedingungen der Kranken zu verbessern. Als ein Beispiel der von ihm beseitigten Mißstände führte er die täglichen Mahlzeiten an. "Bei meinem Eintritt in die Anstalt stürzten die Kranken brüllend und schreiend und unter vergeblichem Abwehren der Wärter über die herangetragenen Schüsseln her. Wer glücklich eine Portion in Händen hatte, floh damit in irgend einen Winkel des Hauses. Es bildeten sich Gruppen, die die Fenster, Bänke, Holzkasten, Betten, ja sogar unaussprechliche Localitäten und Geräthschaften zu Speisetischen benutzten etc. etc." (22). STAHL sorgte für eine gerechte und regelmäßige Verteilung der Speisen, begann die Mahlzeiten mit einem gemeinschaftlichen Gebt, ließ an gedeckten Tischen servieren und mit Messer und Gabel essen.

Ferner veranlaßte STAHL, daß die Räume der Kranken hergerichtet und Werkstätten für Weber, Schneider, Schreiner und andere Handwerksberufe geschaffen wurden. Er selbst musizierte mit seinen Patienten zu ihrer "Unterrichtung und Erheiterung" und traf sich mit ihnen zu "Plauderstündchen" und "Caffée-Zirkeln". Er verstand die von ihm angeordneten Maßnahmen und sein Verhalten den Kranken gegenüber als psychische Behandlung. STAHL maß ihr diesselbe Bedeutung zu wie der somatischen Behandlung. Er schrieb über seine Arbeit: "Bezüglich der binnen 2 Jahren angestellten therapeutischen Versuche ist zu erwähnen, dass man es sich zur Pflicht machte, wo immer nur ein Funke von Hoffnung zur Genesung auftauchte, den officiellen wie den psychischen Weg mit gleicher Beharrlichkeit zu

verfolgen" (23). Durch seine Behandlung traten Besserungen und Genesungen auf: viele Kranke arbeiteten wieder und manche konnten sogar entlassen werden.

In anderen deutschen Anstalten wurde die psychische Heilmethode gar nicht mehr angewandt, und die Kranken wurden oft ausschließlich somatisch behandelt. Brech- und Abführmittel sollten die Unterleibsnerven erschüttern, da mit ihnen das Irresein zusammenhing. Der Aderlaß bis zur Ohnmacht des Kranken sollte das überfüllte Gehirn von Blut entlasten, Sturz- und Duschbäder den stets heißen Kopf kühlen, Einreibungen der Kopfhaut mit Brechweinstein-salbe, bis die Schädelknochen durchlöchert waren, die darunter gelegenen Teile des Gehirns an der Ausbildung krankhafter Prozesse hemmen. Mit Zwangsstehen, mit Zwangsjacke, Zwangsschrank, Zwangsbett oder anderen Zwangsinstrumenten wurde den Kranken die körperliche Beweglichkeit eingeschränkt; bisweilen blieben sie wochenlang mit untergeschobenem Nachtgeschirr auf dem Zwangsstuhl angebunden. Während derartiger Zeitabschnitte war es ihre einzige Abwechslung, sich gegenseitig zu beschimpfen oder anzuspucken. Eine solche "Behandlung" war bei den Patienten so gefürchtet, daß oft schon die bloße Ankündigung sie verstummen ließ. Auf diese Weise waren Ruhe und Ordnung in der Anstalt oft rasch wieder herzustellen. Es bestand die Auffassung, daß der Arzt den Kranken als sichtbarer Gott erscheinen sollte, richtend und strafend, aber auch als Wohltäter oder teilnehmender Freund (24). Er verursachte die Schmerzen nur um zu heilen: die ärztliche Behandlung sollte die körperliche Ursache der Erkrankung beseitigen oder das verlorene Bewußtsein der Person wieder zur Vernunft zurückführen.

Zwar schilderten in den psychiatrischen Fachzeitschriften Ärzte wiederholt die Erfolge, die sie bei ihren Patienten mit der somatischen Behandlung erreicht hatten, doch zeigte sich auch, daß in vielen Fällen die nachteiligen Folgen sehr groß waren. Um 1850 berichtete AUGUST SOLBRIG (1809 - 1872), Direktor der Anstalt in Erlangen: "Nicht selten machen wir leider noch die Erfahrung, daß Kranke, sey es aus der Privat-, Spital- oder Gefängnispflege zu uns übergesiedelt in dem Maasse unruhig, verwirrt, ja tobsüchtig

erscheinen, als sie (in der Regel systematisch durch Blut- und anderweitige Entziehungen) körperlich heruntergebracht und abgemergelt sind; von Stund an aber in gute und reichliche Kost gesetzt in dem Maasse zur Ruhe und Besinnung kommen, in welchem der Vegetationszustand sich erhöht" (25). Langsam breitete sich die Überzeugung aus, es sei besser, die Kranken ohne Zwang zu behandeln und sie stattdessen, wenn nötig, kurzzeitig aus der Gemeinschaft ihrer Mitpatienten zu entfernen und zu isolieren.

An der oberbayerischen Kreis-Irrenanstalt in München waren in den sechziger Jahren außer dem ärztlichen Direktor nur zwei weitere Ärzte tätig, der jüngere bei den Männern, der ältere bei den Frauen. Anstaltsarzt LUDWIG WILLE schilderte in seinem schon erwähnten Bericht über die Anstalt einige ihrer therapeutischen Einrichtungen. In der Tobabteilung gab es Polsterzellen, in die wütende Patienten isoliert werden konnten. WILLE zeigte sich von dieser Möglichkeit angetan, da "durch die Polsterzellen die Frage des mechanischen Zwanges eine der ärztlichen Wissenschaft würdigere Lösung finden wird" (26). Üblicherweise war der Raum mit Ausnahme eines Strohsackes und vielleicht noch eines Nachtstuhls vollkommen leer. Die Patienten wehrten sich mit den Mitteln, die ihnen verblieben, dagegen, dort eingesperrt zu sein: "Wegen der Gefahr der Urindurchnässung" des Fußbodens konnten die Isolierräume nur beschränkt benutzt werden.

In der Tobabteilung wie in der allgemeinen Badeabteilung bestanden Tropfbadvorrichtungen. WILLE empfahl ihre Anwendung, "da es bei widerspenstigen und überhaupt unruhigen Kranken prolongierte Umschläge auf den Kopf, auf den Rücken sehr leicht und einfach ersetzen läßt". Falls die Patienten sich mit der Behandlung nicht einverstanden zeigten, wurden sie mit besonderen hölzernen Vorrichtungen im Bad festgehalten.

Es gibt nur mittelbare Hinweise darauf, wie die in der Anstalt untergebrachten Menschen diese Behandlung aufnahmen. Einige von ihnen schienen aber auf Ärzte und Pfleger sehr wütend gewesen zu sein. EMIL KRAEPELIN (1856 - 1926), während der späten siebziger Jahre dort Assistenzarzt, erinnerte sich, daß es Krankenzimmer gab,

die allein zu betreten für den Arzt sich nicht empfahl (27). Im Rückblick schrieb er auch, daß es gerade die Isolierung der Kranken war, durch die "die berüchtigten, gänzlich vertierten 'Anstaltsartefakte' entstehen, die der Schrecken jedes Irrenarztes sind" (28).

Als die Ärzte in den Anstalten die schädlichen Auswirkungen dieser Krankenbehandlung immer deutlicher erkannten, verzichteten sie zunehmend darauf, durch eine Behandlung überhaupt eine Heilung herbeiführen zu wollen. Sie überlegten vielmehr, wie der Aufenthalt der Kranken in den Anstalten verbessert werden könne. Schon WILLE erwähnt, daß langjährige Insassen der Münchner Anstalt zu landwirtschaftlichen Arbeiten herangezogen wurden. In den siebziger Jahren entstand die sogenannte "koloniale Irrenanstalt" als neue Art, psychisch kranke Menschen zu versorgen. Durch Tätigkeit in der Landwirtschaft sollte ein weiterer Persönlichkeitszerfall, wie er sich ansonsten durch das erregungsarme Leben in der Anstalt eignete, verhindert werden.

Eine bedeutende Ackerbaukolonie entstand 1868 im sächsischen Zschadraß, zuerst noch in Abhängigkeit von der Hauptanstalt Colditz. 72 Kranke wurden von dort in die ehemalige Meierei verlegt. Sie bestellten den Boden, reinigten die Kuh- und Schweinestallungen, flochten Stroh und klebten Tüten. Das System bewährte sich und war außerdem billiger als die Unterbringung in den herkömmlichen Anstalten. In der 1876 gegründeten kolonialen Irrenanstalt Alt-Scherbitz in Sachsen wurden die gewonnenen Erfahrungen dann auf die Erfordernisse einer großen Anstalt umgesetzt. Bis auf eine Zentralanstalt für überwachungs- und behandlungsbedürftige Kranke waren die Insassen in einzelnen Pavillons untergebracht. Die Beschäftigung in der Landwirtschaft war mit weitgehender Bewegungsfreiheit verbunden; grundsätzlich wurde auf alle Mauern und Gitter verzichtet.

Als sich der Bezirk Oberbayern wegen Überfüllung der Münchner Anstalt (vgl. 1.4) gezwungen sah, eine weitere Anstalt zu errichten, entschied er sich den Anschauungen der Zeit entsprechend für den Typ der kolonialen Irrenanstalt. Der Landrat beschloß 1880, "die Erbauung einer zweiten Anstalt mit landwirtschaftlichem Betriebe

für den Kreis Oberbayern vorzubereiten" (29). Sie entstand in Garbersee bei Wasserburg am Inn und folgte in der Bauweise dem Altscherbitzer Vorbild. Im November 1883 war der erste Abschnitt bezugsfertig, und es wurden 60 Kranke ländlicher Herkunft aus der Münchner Anstalt dorthin verlegt. Eine fortlaufende Vergrößerung der Anstalt erfolgte in den Jahren danach.

Der Umgang mit den akut Kranken änderte sich in den achtziger Jahren des 19. Jahrhunderts ebenfalls. Es verbreitete sich die Auffassung, daß das Gehirn, das als der Ort psychischer Erkrankung angesehen wurde (vgl. 1.3), zu seiner Genesung wie jeder andere leidende Teil des Körpers vor allem Ruhe benötige. Frisch Erkrankte kamen deshalb ins Krankenbett. Große Wachsäle wurden eingerichtet, in denen die bettlägerigen Kranken dauernd unter der Beobachtung eines Pflegers standen. KRAEPELIN schrieb über die Auswirkungen der Bettbehandlung: "Die Verstimmten fühlten sich freier; die Erregten beruhigten sich; die Widerstrebenden wurden zugänglicher; das Körpergewicht hob sich" (30). Reichte die Bettbehandlung nicht aus, kamen warme Bäder als Dauerbäder zur Anwendung. "Sie gestatten, jede ausbrechende Erregung sofort ebenso zweckmäßig wie schonend zu behandeln und die schweren Übel der Unsauberkeit wie der Zerstörungssucht auf ein Mindestmaß einzuschränken" (31). Ferner konnte das gewünschte Ziel der Ruhigstellung des psychisch Kranken auch mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln wie Chloralhydrat und Paraldehyd erreicht werden.

Im Münchner Raum setzte sich die Bett- und Dauerbadbehandlung erst nach der Jahrhundertwende durch, nachdem in Eglfing die Anstalt für psychisch Kranke (vgl. 2.1) und in München die psychiatrische Klinik der Universität (vgl. 1.3) neu gebaut worden waren.

Der Beruhigung des erkrankten Gehirns folgte jedoch keine weiterführende Behandlung. In einem 1912 erschienenen Handbuch der Psychiatrie hieß es selbstkritisch: "Im übrigen aber wurde die Lehre von der Behandlung der Geistesstörungen nicht wesentlich gefördert und eine wirkliche, die Heilung zielbewußt und mit begründeter Aussicht auf Erfolg anstrebende Therapie derselben besteht nur in äußerst begrenztem Maße" (32). Verschwanden die Symptome der Erkrankung nicht von selbst, blieb nichts anderes übrig, als die Kranken für immer in einer Anstalt zu verwahren.

### 1.3 Die Lehre der Psychiatrie und ihre Unterrichtung

Bis gegen Ende des 18. Jahrhunderts hielten die Ärzte sich fern von all den Kranken, die sie für unheilbar hielten und zu denen sie auch die psychisch Kranken zählten. So waren es bis dahin vornehmlich Theologen und Philosophen, die mit geistigen und seelischen Störungen zu tun hatten und über deren Wesen nachdachten. Erst infolge der Aufklärung begannen sich die Ärzte um die betroffenen Menschen zu kümmern und sie in ihrem Leiden zu behandeln (vgl. 1.1). Die Zahl der Kranken, die sie sahen, blieb vielfach gering. Ihre Theorien über die Geistes- und Gemütskrankheiten beruhten daher mehr auf philosophischer Überlegung als auf wirklicher Krankenbeobachtung. Die Psychiatrie, wie der Arzt JOHANN CHRISTIAN REIL (1759 - 1813) die neue Wissenschaft benannte, schien dazu bestimmt, eine Brücke zwischen Medizin und Philosophie zu schlagen.

Die verschiedenen Auffassungen des Krankheitsverständnisses, die zu Beginn des 19. Jahrhunderts vorherrschten, lassen sich zwei gegensätzlichen Gruppen zuordnen, deren Anhänger als Psychiker und Somatiker bezeichnet wurden und die bis in die vierziger Jahre miteinander im Wettstreit lagen. Die Psychiker glaubten, daß die Ursache der psychischen Krankheit unmittelbar in der Seele selbst liegt. Sie führten die beobachteten Störungen auf Leidenschaften und Sünden bzw. auf die Verleugnung von Vernunft und Moral zurück. Die Somatiker betrachteten die Erscheinungen des Wahnsinns als Symptome körperlicher Erkrankungen. Die Seele selbst könne wegen ihres göttlichen Ursprungs gar nicht erkranken, erkrankt sei vielmehr das Somatische, woran ihre Tätigkeit gebunden sei. Der Streit zwischen beiden Schulen belebte die entstehende Wissenschaft der Psychiatrie. Er regte zu sorgfältigen Krankenbeobachtungen an, zu denen dieneu gegründeten Anstalten für psychisch kranke Menschen reichlicher als zuvor Gelegenheit gaben.

Wichtiger als die Unterschiede scheinen uns die Gemeinsamkeiten beider Schulen zu sein. Psychiker wie Somatiker gingen von einem

Menschenbild aus, das die Existenz einer Seele als selbstverständlich annahm. Erst wenn die Seele mittelbar oder unmittelbar Schaden litt, entstand die behandlungsbedürftige psychische Krankheit. Dieses Krankheitsverständnis sah den Menschen nicht als isoliertes Einzelwesen, sondern stellte ihn in den größeren Zusammenhang der gesamten göttlichen Schöpfung.

Neben der Krankenversorgung und wissenschaftlichen Beobachtung dienten die Anstalten auch als Stätten des Unterrichts für den ärztlichen Nachwuchs. An Ort und Stelle im täglichen Umgang gaben die erfahreneren Anstaltsärzte ihr Wissen an jüngere Kollegen weiter. Erste wichtige Ausbildungsstätten waren die Anstalten Siegburg und Sonnenstein, später die Anstalt Illenau. An den Universitäten wurde in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts nur vereinzelt psychiatrisches Wissen unterrichtet; wenn es doch geschah, dann war es oft der Internist, der in seiner Vorlesung neben anderen auch psychisch Kranke vorstellte. Eine Ausnahme bildete hierin die Universität Leipzig, an der bereits seit 1811 ein Lehrstuhl für psychische Therapie bestand. Die Anstalten selbst galten lange Zeit als ungeeignet für den Unterricht von Studenten. Noch 1838 wehrte sich ROLLER entschieden dagegen, daß eine Irrenanstalt als Klinikum, d.h. als Ausbildungsstätte für Studenten benützt würde (33). Etwa ab 1840 konnten jedoch Studenten der Universität Bonn während ihrer Ferienzeit einen Kurs der Psychiatrie an der Anstalt Siegburg besuchen. Andere Anstalten folgten und öffneten sich ebenfalls dem Studentenunterricht (34).

An der Anstalt Erlangen hielt seit 1849 der dortige Direktor SOLBRIG eine "psychiatrische Klinik", die nach seinen Angaben bei den Studenten auf großes Interesse stieß (35). Sie durfte nur von Hörern im letzten Jahr des Studiums besucht werden, weil man ihnen erst dann die nötige menschliche Reife zubilligte. Da seine Hörer im allgemeinen wenig fachliche Vorkenntnisse besaßen, begann SOLBRIG seinen Unterricht mit einer Propädeutik, in der er Psychologie und Psychopathologie unterrichtete, um die Elemente der Psyche zu möglichst klarer Anschauung zu bringen. Darauf aufbauend folgte die eigentliche psychiatrische Klinik nach Krankheitsbildern und Formen. SOLBRIG schrieb über die uns ungewohnte Art seiner klini-

schen Vorträge: "Die jedesmaligen Objekte der klinischen Demonstration sitzen unter den Zuhörern gleichsam als Gesellschafter, und in methodisch geleitetem Gespräch mit den Kranken, wie mit den Zuhörern geschieht die Exploration" (36). Auch bei der Besprechung des Falles blieben die Kranken anwesend. Nur die größere Reife zeigenden Zuhörer durften je zu zweit an der Tagesvisite teilnehmen. SOLBRIG hob als Vorteile der psychiatrischen Klinik hervor, daß der Arzt und Psychiater durch den Unterricht der Routine und Trägheit entgehe und die Anstalt in Wechselwirkung mit der Außenwelt bleibe. Der klinische Unterricht war bei SOLBRIG ein Teil des Anstaltslebens, der zur Genesung der Kranken beitragen konnte, denn er schuf die Möglichkeit der Begegnung und des Austausches von Kranken und Gesunden. Die Studenten waren für ihn Freunde und Gäste der Anstalt, die nicht nur zur Wissensaufnahme in deren Räume kamen, sondern dort auch freundliche Beziehungen zu den Patienten aufnehmen sollten.

Es war der Wunsch, die Anstalt mit einer Klinik zu verbinden, der in den fünfziger Jahren den Bezirk Oberbayern seine neue Anstalt, in München errichten ließ. SOLBRIG, der als erster Direktor die Oberbayerische Kreis-Irrenanstalt von 1859 bis 1872 leitete (37), war zunächst Honorarprofessor der Universität und ab 1864 Ordinarius für Psychiatrie. Im Sommer hielt SOLBRIG eine Vorlesung über Psychologie, Psychiatrie und psychiatrische Klinik mit Krankenvorstellungen, im Winter einen "Cursus über psychiatrische Diagnostik mit Rücksicht auf die forense (!) Begutachtung der zweifelhaften psychischen Zustände" für Mediziner und Juristen. Zusätzlich besuchte er mit zwei bis vier ausgewählten Hörern die einzelnen Abteilungen der Anstalt (38).

Die Münchner Universität war damit nach der Würzburger (1863) die zweite in Deutschland, die ein eigenes Ordinariat für Psychiatrie einrichtete. Bereits seit 1862 war in Bayern Psychiatrie Prüfungsfach im medizinischen Staatsexamen (39). Im Gegensatz zum gesamten Deutschen Reich, wo eine entsprechende Regelung erst 1906 in Kraft trat, war die Bedeutung der Psychiatrie für die ärztliche Tätigkeit hier also schon früh erkannt worden.

Als eigentlicher Begründer der Universitätspsychiatrie in Deutschland gilt WILHELM GRIESINGER (1817 - 1868); denn mit ihm und in seiner Nachfolge verloren die Anstalten als Stätten des Unterrichts und der theoretischen Auseinandersetzung an Bedeutung. Von nun an gingen die entscheidenden Anstöße zur Weiterentwicklung der Psychiatrie als Wissenschaft von den Universitäten aus.

GRIESINGER selbst hatte seine psychiatrische Ausbildung in der württembergischen Anstalt Winnenthal erhalten, wo er von 1840 bis 1842 als zweiter Arzt tätig war. Er faßte seine Erfahrung in einem 1845 zum ersten Mal veröffentlichten Lehrbuch zusammen. Mit seinem Werk stellte GRIESINGER die Psychiatrie auf eine neue Grundlage. Hatten Psychiker und Somatiker psychische Krankheiten als Ausdruck einer auf psychischem oder somatischem Weg zustande gekommenen krankhaften Veränderung der Seele gewertet, führte GRIESINGER nun psychische Krankheiten auf pathologische Veränderungen in der Anatomie des Gehirns zurück. Für ihn waren Geisteskrankheiten Gehirnerkrankheiten und die verschiedenen Formen des Irreseins nur Stadien ein und desselben Krankheitsprozesses. Er verstand die Psychiatrie somit als die Lehre von den Krankheiten des Gehirns. Als deren Ursache schloß er zwar psychische Bedingungen nicht aus; im Gegensatz zu seinen Vorgängern wirkten sie aber nach seiner Vorstellung nicht mehr auf die Seele ein, sondern auf das Gehirn, wo sie morphologische Veränderungen verursachten. Erst sie riefen die Anomalien im Vorstellen und Wollen hervor. Die genaue Beobachtung des Kranken und das Verstehen seines Wahns als Erklärungsversuch zur Befriedigung von Gemütsinteressen sowie die Suche nach der pathologischen Veränderung in der Anatomie des Gehirns gehörten seiner Auffassung zusammen. Die Seele war dabei nur noch die Summe aller kranken und gesunden Gehirnzustände. GRIESINGER hoffte, durch weitere neuroanatomische Forschungen die psychologische Betrachtungsweise in der physiologischen Erkenntnis aufheben zu können (40).

Durch den Versuch einer naturwissenschaftlichen Erklärung fand die Psychiatrie endgültig Anerkennung an der und Einlaß in die Universität. GRIESINGER selbst folgte 1864 einem Ruf an die Universität Berlin als Ordniarius für Psychiatrie und Neurologie. Erstmals in Deutschland wurden beide Fächer in einem Lehrstuhl zusammengefaßt.

Weitere Professuren wurden in den folgenden Jahren neu eingerichtet in Göttingen 1866, Halle 1869 und Heidelberg 1871 (41). In der Nachfolge GRIESINGERS entwickelte sich an den Universitäten eine intensive neuroanatomische Forschung, während die psychologische Forschung als Teil der Psychiatrie an Bedeutung verlor. Vielfach wurden Männer zu Professoren der Psychiatrie und als Anstaltsdirektoren ernannt, die sich weniger durch gute Krankenbehandlung als durch ihre Erfolge in den Forschungslaboratorien ausgezeichnet hatten.

In München hatte sich der zweite Direktor der Oberbayerischen Kreis-Irrenanstalt, BERNHARD VON GUDDEN (1824 - 1886) ebenfalls der neuroanatomischen Forschung verschrieben. Sie schien ihm der einzige mögliche Zugang zur Psychiatrie zu sein. Mit großem Aufwand untersuchte er deshalb das Kaninchengehirn. Er zergliederte es und fertigte zahlreiche histologische Präparate an. Er hoffte dadurch, Erkenntnisse über die psychischen Krankheiten seiner Patienten zu gewinnen. Seine Assistenten arbeiteten mit, forschten an Katzen-, Maulwurfs- und Fischgehirnen und veröffentlichten bedeutsame Ergebnisse in wissenschaftlichen Zeitschriften. Wie KRAEPELIN, der sich der Untersuchung des Reptiliengehirns zugewandt hatte, in seinen Lebenserinnerungen schrieb, entschädigte sie diese Tätigkeit für die Ohnmacht des ärztlichen Handelns, die sie in der Begegnung mit ihren Patienten erfuhren, und sie half ihnen über die Ratlosigkeit hinweg, die sie angesichts der "Erscheinungsformen des Irreseins, für die es keinerlei wissenschaftliches Verständnis gab" (42), immer wieder überkam.

Mit immer weiter verfeinerten Methoden gelang es um 1880 der Forschung allmählich, die Histologie des Gehirns mehr und mehr zu entschlüsseln. Die Hoffnung, psychische Krankheiten auf naturwissenschaftliche Tatsachen zurückführen zu können, erhielt weiteren Auftrieb, als der Zusammenhang von Syphilis und Paralyse sowie von mangelnder Schilddrüsentätigkeit und Kretinismus erkannt wurde. Bei senilen, paralytischen und arteriosklerotischen Psychosen sowie einigen Formen der Idiotie konnte sogar das psychiatrische Krankheitsbild einer histopathologischen Veränderung zugeordnet

werden. Trotz großem Aufwand gelang dies jedoch nicht bei den anderen psychischen Erkrankungen, die wegen der Häufigkeit ihres Auftretens viel größere Bedeutung besaßen.

EMIL KRAEPELIN verließ die Sackgasse der wissenschaftlichen Forschung, indem er die neuroanatomische Forschung durch den psychopathologischen Befund, klinische Verlaufsbeobachtungen und experimentalpsychologische Untersuchungen zu einer umfassenden Sicht auf die psychischen Krankheiten ergänzte. Aus der Vielfalt ihrer Erscheinungen grenzte er zwei große psychiatrische Krankheitsbilder ab, die Dementia praecox und das manisch-depressive Irresein (vgl. 3.2), die er trotz fehlender pathologischer Befunde als somatisch begründbare Einzelkrankheiten ansah.

Es war KRAEPELINS Anliegen, der Psychiatrie eine naturwissenschaftliche Krankheitslehre zu geben, wie sie in der allgemeinen Medizin schon bestand. Im Gegensatz zu seinen Vorgängern füllte er Lücken der Erkenntnis nicht mit willkürlichen Vermutungen angenommener Zusammenhänge. Er ging vielmehr davon aus, daß einer zukünftigen Forschung mit verfeinerter Methodik der naturwissenschaftliche Nachweis dessen gelingen werde, was ihm die klinische Beobachtung der Kranken nahelegte. Seine umfassende Systematik erlaubte es, Symptome psychischer Krankheiten Krankheitsbildern zuzuordnen, deren naturwissenschaftliche Begründung angenommen, aber noch nicht bewiesen war (43). Allerdings schuf die Möglichkeit, im täglichen Umgang mit den Kranken das zu benennen, was nicht verstanden wurde, eine trügerische Sicherheit; denn die therapeutische Ratlosigkeit bestand unverändert fort .

Die Krankheitslehre KRAEPELINS erfuhr eine Ergänzung in der 1913 erschienenen "Allgemeinen Psychopathologie" von CARL JASPERS (1883 - 1969). Sein Lehrbuch schildert in allen Einzelheiten die Vielfalt des Seelenlebens und schärfte den Blick des Arztes für die krankhaften Zustände. Die Frage, wie sie entstanden sein könnten, blieb jedoch offen. Hier boten die Ausführungen von SIGMUND FREUD (1856 - 1939) eine Erklärung an. Er verstand das menschliche Seelenleben als etwas Gewordenes und er führte psychische Krankheiten auf eine fehlgeleitete Entwicklung zurück. Wenn der zugrunde liegende un-

bewußte Konflikt mit Hilfe der "Psychoanalyse" aufgedeckt werden konnte, war seiner Meinung nach auch die Krankheit heilbar. Die meisten Psychiater lehnten FREUDs Denken aber ab; daher fand es keinen Eingang in die Anstalten und Universitäten.

Zu einer Zeit, in der andere deutsche Universitäten schon eigene psychiatrische Kliniken besaßen, wie z.B. Heidelberg seit 1878, Freiburg seit 1887 und Würzburg seit 1893, wurde die Psychiatrie in München immer noch in der Kreis-Irrenanstalt unterrichtet. HUBERT GRASHEY (1839 - 1914), der dritte Direktor der Münchner Anstalt, war wie seine Vorgänger zugleich Ordinarius der Psychiatrie an der Universität. Für den Unterricht der Studenten hielt er zwei Vorlesungen über psychiatrische Klinik und über allgemeine und spezielle Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten. Da ihn seine Tätigkeit als Anstaltsleiter immer mehr beanspruchte, schlug er 1894 eine personelle Trennung von Direktion und Professur vor, die räumliche Einheit von Anstalt und Klinik wollte er aber wegen ihrer über dreißigjährigen Tradition erhalten wissen (44). Zum Sommersemester 1901 wurde die Personalunion beider Aufgabenbereiche aufgegeben und die Stelle eines Professors der Psychiatrie neu geschaffen. ANTON BUMM (1849 - 1903) erhielt dieses Amt. Im selben Jahr begann unter seiner Leitung die Planung einer psychiatrischen Universitätsklinik. Der Neubau entstand in unmittelbarer Nachbarschaft zu den übrigen klinischen Instituten auf dem Gelände des vormaligen städtischen Bauhofes in der Nußbaumstraße.

Zum Wintersemester 1904/05 konnte die Psychiatrische Klinik als Universitätsinstitut unter der Leitung von EMIL KRAEPELIN eröffnet werden, der die Nachfolge BUMMs nach dessen plötzlichem Tod angetreten hatte. Damit war auch in München die Verbindung von Anstalt und Universität, die Einheit von Forschung, Lehre und Versorgung akut und chronisch Kranker aufgehoben.

Während die Lage in der Nähe der übrigen klinischen Institute die Tatsache unterstrich, daß der Psychiatrie derselbe Stellenwert zukam wie der naturwissenschaftlich ausgerichteten allgemeinen Medizin, führte in den Krankenzimmern der Einfluß der Bettbehandlung, der Beruhigungsbäder und der Arzneimittel zu einer Angleichung an

das Bild einer allgemeinen Krankenabteilung. KRAEPELIN äußerte sich über diese Entwicklung mit Zufriedenheit: "Zum ersten Mal in meiner Erfahrung konnte ich wirklich von einer vollkommen krankenhaushäufigen Behandlung reden; wer durch unsere Säle schritt, hätte ohne genauere Beobachtung zumeist wirklich nicht erkennen können, daß er sich in einer Anstalt für Geisteskranke befinde" (45).

Dieses Bild einer klinisch reinen, naturwissenschaftlichen Psychiatrie entstand allerdings auf Kosten der unheilbar Kranken. Denn in der Klinik verblieben nur ausgewählte, interessante "Fälle", die heilbar und zugleich für den Unterricht wertvoll erschienen. Für die vermeintlich Unheilbaren entstand in Eglfing, vor den Toren Münchens, ebenfalls ein Neubau, der erheblich größer angelegt war als die Kreis-Irrenanstalt, und viel mehr Platz bot, ihr Elend zu verwahren (vgl. 2.1). Die wissenschaftliche Lehre der Psychiatrie an den Universitäten entfernte sich immer mehr vom alltäglichen Leben ihrer meisten Patienten in den Anstalten. Die psychisch kranken Menschen wurden zu Krankheitsträgern, und ihr Leiden zum unpersönlichen Gegenstand des Unterrichts und der Forschung.

#### 1.4 Sozialer Wandel und psychische Krankheit

Nachdem die Versorgung psychisch kranker Menschen in Bayern mit dem Landtag von 1828 bis 1830 zur staatlichen Aufgabe geworden war (vgl. 1.1), entstand bis 1870 mit acht Königlich-Bayerischen Kreis-Irrenanstalten ein umfassendes Gesamtwerk, das sich auch für die folgenden Jahrzehnte als ausreichend erwies. Die einzige Ausnahme bildete der Bezirk Oberbayern mit der Landeshauptstadt München. Als 1859 in München die Oberbayerische Kreis-Irrenanstalt eröffnet wurde, bot sie Platz für 300 psychisch Kranke. Die ursprüngliche Erwartung, die Zahl aufgenommener und entlassener Patienten gliche sich aus, traf

nicht ein (46). Bis 1870 war im Durchschnitt ein jährlicher Belegungsanstieg um 21 Personen zu verzeichnen. In den folgenden Jahren stieg die Zahl der Menschen, die wegen psychischer Krankheit in Heil- und Pflegeanstalten untergebracht wurden, ununterbrochen an. Schon 1872 wies der damalige Direktor GUDDEN neben anderen Mißständen auf die Überfüllung der Anstalt hin, aber erst nach langen Auseinandersetzungen mit dem Bezirk erhielt er die Zustimmung zu Erweiterungs- und Umbauten. In den Jahren 1876 und 1877 ausgeführt, erhöhten sie die Zahl der Plätze auf 500. Aber auch so war nur für kurze Zeit Abhilfe geschaffen, denn die Mehraufnahmen verdoppelten sich von nun an jährlich. Deshalb beschloß der Landrat von Oberbayern 1880, für seinen Bezirk in Gabersee bei Wasserburg am Inn eine zweite Anstalt zu errichten (vgl. 1.2). Sie wurde dem Bedarf entsprechend abschnittsweise gebaut und konnte schon im November 1883 60 Kranke ländlicher Herkunft aus der Münchner Anstalt übernehmen.

Trotzdem war die Kreis-Irrenanstalt in München 1889 schon wieder bei 550 Betten mit 680 Patienten überbelegt. Obwohl 1890 noch einmal 120 von ihnen nach Gabersee gebracht wurden, konnten danach nur noch Kranke in die Münchner Anstalt aufgenommen werden, die polizeilich eingewiesen wurden. Für Patienten ohne Verwahrungsbeschluß oder für solche aus den umliegenden Krankenhäusern bestand eine lange Warteliste. Schätzungen über die Zahl anstaltspflegebedürftiger psychisch Kranker in Oberbayern waren so hoch, daß schon 1894 Pläne zur Gründung einer weiteren Kreis-Irrenanstalt geäußert wurden. Der entsprechende Beschluß fiel 1898 (vgl. 2.1). Bis er in die Tat umgesetzt war, vergingen weitere sieben Jahre. In der Zwischenzeit wurden in der alten Münchner Anstalt große, verglaste Veranden umgebaut und winterfest gemacht, um zusätzlichen Raum zu gewinnen (47).

Es werden verschiedene Gründe genannt, warum die Zahl der in Heil- und Pflegeanstalten untergebrachten Menschen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts so stark zugenommen hat. Es war im übrigen eine Entwicklung, die nicht nur Bayern betraf, sondern die sich in anderen industrialisierten Ländern in ähnlicher Weise ereignete.

Von 1840 bis 1882 wuchs die Bevölkerung in Bayern um 22,4 %: Die Zahl der Geburten stieg an und gleichzeitig nahm die Kinder- und

allgemeine Sterblichkeit deutlich ab. Von allen sieben bayerischen Bezirken wies Oberbayern das größte Bevölkerungswachstum auf, obwohl hier der Geburtenüberschuß am geringsten war. München selbst hatte seine Einwohnerzahl um 104,2 % mehr als verdoppelt und auch die Landkreise um die Landeshauptstadt zeigten mit 62,4 % noch einen weit über dem Durchschnitt liegenden Zuwachs.

Es hatte sich schon in den Jahren von 1840 bis 1852 erwiesen, daß das Bevölkerungswachstum in den Städten größer war als auf dem Land. Es betrug in diesem Zeitraum in ganz Bayern 4,1 %, in Oberbayern 6,4 % und in München 12,6 %. Obwohl das Königreich Bayern noch weitgehend ein Agrarstaat war, hatte eine Wanderungsbewegung der Bevölkerung vom Land in die Stadt begonnen. Der hohe Binnenwanderungsgewinn in Oberbayern war vor allem in Städten wie München und Ingolstadt auf die im öffentlichen Dienst beschäftigten Menschen zurückzuführen, ferner auf Rentner, Pensionäre usw. und auf Militärpersonen (49). Die Zunahme der Fabrikarbeiterschaft blieb zu diesem Zeitpunkt noch gering. Das änderte sich erst, als in den siebziger und achtziger Jahren billiges Getreide aus dem Ausland den deutschen Markt überschwemmte und die Bevölkerungsstruktur auf dem Lande zusammenbrach. Da die Landwirte und Gutsbesitzer wegen der Wirtschaftskrise sparen mußten, entließen sie ihre Angestellten, Dienstboten, Tagelöhner und Handwerker. Ihnen bot die aufstrebende Industrie in den Städten vergleichsweise gut bezahlte und regelmäßige Arbeit.

Auch in den folgenden Jahren nahm bei weiter steigenden Bevölkerungszahlen die Landflucht zu. Allein von 1882 bis 1895 vermehrte sich die Bevölkerung in Oberbayern um weitere 23,3 %, während es in ganz Bayern nur 9,3 % waren. Erst im Zeitraum von 1895 bis 1907 war das rapide Bevölkerungswachstum in Oberbayern leicht gebremst; es betrug aber immer noch 21,5 % (50).

Das Bevölkerungswachstum allein reicht aber nicht aus, um die steigende Zahl der in Heil- und Pflegeanstalten untergebrachten Menschen zu erklären. Während sich die bayerische Bevölkerung von 1894 bis 1912 insgesamt um 18 % vermehrte, verdoppelte sich die Zahl der Anstaltspatienten von 4556 auf 9867 (51). In Oberbayern

lagen die Verhältnisse ähnlich. Es kommt hinzu, daß die meisten Menschen, die in die oberbayerischen Anstalten aufgenommen wurden, ihren letzten Wohnsitz in München hatten.

Die Abwanderung vom Land in die Stadt bedeutete mehr als einen einfachen Wechsel der Wohngemeinde. In den Städten, ob in München oder anderswo, fanden die Zuwanderer Lebensbedingungen vor, die ihnen nicht vertraut waren. Als Arbeiter, Kleingewerbetreibende oder Handwerker lebten sie oft unter bedrückenden hygienischen Verhältnissen, in feuchten Zimmern im Keller oder Erdgeschoß oder dicht an dicht in teuren Wohnungen, die in Untereinheiten aufgeteilt und zusätzlich noch mit Untermietern und Schlafgängern angefüllt waren, um die Mietkosten zu senken. In vielen Familien war neben den Einkünften des Vaters oder Sohnes der Verdienst der Frauen unentbehrlich, die den geringen Lohn ergänzen mußten durch die unterschiedlichsten Formen des Erwerbs bis hin zur Prostitution. Trotz sparsamsten Umgangs mit den meist knappen Geldmitteln war nur eine unsichere Haushaltsführung möglich, die jederzeit, etwa durch die Krankheit eines Familienmitgliedes und durch den damit verbundenen Lohnausfall gefährdet war (52).

Die veränderte Lebensweise in den Städten führte dazu, daß psychisch kranke Menschen, die früher auf dem Lande durch die Gemeinschaft der Gesunden mitgetragen werden konnten, den Schutz, den sie benötigten, verloren und in eine Anstalt gebracht werden mußten. Gleichzeitig änderte sich in den Jahrzehnten ab 1870 die Einweisungspraxis. Als anstaltsverdächtig bzw. -reif galten nun "Querulanten", "religiöse Schwärmer" und andere unbequeme und auffällige Menschen. Sie wurden oft an die Behörden denunziert und danach einer Anstalt überstellt (53). Auch nahm in den Städten der Alkoholismus zu, und die progressive Paralyse war weiter verbreitet, als es unter der Bevölkerung auf dem Lande der Fall war, so daß ein Anstieg der Zahl psychisch Kranker auch dadurch bedingt war.

## 2. Die oberbayerischen Anstalten Eglfing und Haar 1905 - 1945

Die Geschichte der Anstalten Eglfing und Haar, die im folgenden untersucht werden soll, umfaßt die Jahre von 1905 bis 1945. Indem wir die Gründung der beiden Anstalten, ihre weitere Entwicklung bis in die dreißiger Jahre und die Veränderungen der Kriegszeit beschreiben, stellen wir den Rahmen dar, in dessen Grenzen die Behandlung psychisch kranker Menschen stattfand. Wir beziehen uns dabei zum einen auf DWINGER, der 1979 über die Errichtung der beiden Anstalten berichtete, zum anderen auf die von der Direktion herausgegebenen Jahresberichte.

### 2.1 Die Gründung der beiden Anstalten

Am 11. November 1898 beschloß der Landrat des Bezirks Oberbayern, die trotz mehrerer Umbauten hoffnungslos überfüllte Kreis-Irrenanstalt München aufzulassen (vgl. 1.4). Obwohl einst außerhalb der Stadt errichtet, war sie inzwischen ringsum von Häusern umgeben und deshalb nicht mehr erweiterungsfähig. Stattdessen sollte ein Neubau errichtet werden, der etwa 1.000 psychisch kranke Menschen beherbergen konnte. Man hoffte, daß dessen Aufnahmefähigkeit damit dem Bevölkerungswachstum und der ständig steigenden Anzahl von anstaltspflegebedürftigen Kranken entsprach.

Nachdem andere mögliche Standorte wie das Gut Stockach bei Eglwaring oder die Ortschaft Kirchstockach bei Ottobrunn ausgeschlossen worden waren, fiel die Entscheidung für den im Osten von München gelegenen und aus vier Bauernhöfen bestehenden Weiler Eglfing (1). Hier konnte eine psychiatrische Anstalt entworfen werden, die den Anforderungen der Zeit Genüge tat. Die Fläche war

groß genug, um die hohe Zahl von Dauerpatienten, denen die ärztliche Behandlung nicht helfen konnte, nach dem Vorbild der agricolen Kolonie (vgl. 1.2) in der Landwirtschaft zu beschäftigen. Die Großstadt München, aus der erfahrungsgemäß die meisten Kranken kamen, konnte mit der Eisenbahn rasch erreicht werden, denn die Wegstrecke von Eglfing zur nächstgelegenen Station Haar, die die Verbindung zum Münchner Ostbahnhof herstellte, betrug nur 1,2 km. Die Kranken konnten dadurch leicht von ihren Angehörigen besucht werden, während sich für die Ärzte andererseits die Möglichkeit bot, "Unterhaltung und Zerstreuung in der Großstadt" zu finden. Die Ortschaft Eglfing mit landwirtschaftlichem Gut und 756 Tagwerk Grund wurde daher nach mancherlei Überlegungen für 930.000 Mark vom Bezirk Oberbayern aufgekauft.

Vor den Toren Münchens entstand in Eglfing eine eigene Welt für psychisch Kranke. Der Entwurf der Baupläne wurde FRIEDRICH VOCKE (1865 - 1927), Oberarzt an der Kreis-Irrenanstalt München und später erster Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing, als Sachverständigem übertragen. Als Mitglied einer Regierungskommission besichtigte er zunächst mehrere deutsche Anstalten, die im Stil der agricolen Kolonie errichtet waren, darunter Zschadraß und Alt-Scherbitz, die beiden oben schon erwähnten sächsischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten. Obwohl wegen des großen Anteils an Stadtbevölkerung in der Anstalt Eglfing die ausschließliche Beschäftigung der Insassen in der Landwirtschaft nicht in Betracht gezogen werden konnte, trat VOCKE für die Bauweise im Pavillonssystem ein. Denn dieses erlaubte eine weitgehende Aufteilung der Anstaltsinsassen nach Krankheitszuständen. Als Ergänzung der Landhäuser für "ruhige und verlässliche" Kranke hielt er wegen der zu erwartenden zahlreichen Aufnahmen und wegen der zahlreichen schwerkranken und pflegebedürftigen Patienten eine geschlossene Abteilung, die sogenannte Zentralanstalt, für notwendig.

Die gesamte Anlage war in allen Einzelheiten sorgfältig durchdacht, um schon von ihrer Ausführung her ein möglichst reibungsloses Zusammenleben so vieler Menschen zu gewährleisten. Die Anstalt entstand östlich der Straße von Keferloh nach Ottendichl auf einer großen, nur nach dieser Seite offenen Lichtung. Die

meist zweigeschossigen, im Rohziegelbau errichteten Krankengebäude waren über zwei ineinander verschlungene Ringstraßen zugänglich, in deren Mitte die katholische Kirche stand. Um sie herum waren am inneren Ring die Wachstationen (Haus 1 - 10) und das Lazarett (Haus 11 und 12) als Zentralanstalt gebaut, mehr nach rückwärts am äußeren Ring die Abteilungen für "unruhige, unsichere und kriminelle Kranke" (Haus 17 - 22). Dem Gutshof im Nordwesten benachbart lagen die Häuser für beschäftigungsfähige Männer, während sich im Süden die ruhige Frauenabteilung unweit der Koch- und Waschküche befand. Damit waren alle Gebäude so angelegt, daß die Insassen eine möglichst geringe Entfernung zu ihren Arbeitsplätzen in der Anstalt zurückzulegen hatten. Eine andere Überlegung bestimmte die Lage der Gebäude, die von Mitarbeitern bewohnt wurden. Sie befanden sich im Westen des Geländes, unmittelbar an der Straße. So schirmten sie einerseits die Anstalt gegenüber der Umgebung ab, erlaubten aber andererseits ihren Bewohnern einen ungestörten Zugang zur Außenwelt. Insgesamt wurden 69 Familienwohnungen gebaut, darunter acht bis neun für Ärzte. Für den Direktor und den Oberarzt standen Einfamilienhäuser bereit.

Die damals modernsten technischen Hilfsmittel wurden eingesetzt, um das Leben in der Anstalt zu erleichtern. Die technische Betriebszentrale mit dem Maschinenhaus und mit der Koch- und Waschküche war am Waldrand im Süden des Geländes zusammengefaßt; denn so war die Entfernung zur Eisenbahnlinie München-Rosenheim am geringsten. Ein normalspuriges Industriegleis, das im Maschinenhaus endete, schaffte Schwergüter und Brennstoffe heran. Drei Maschinen erzeugten den für Kraft- und Beleuchtungszwecke erforderlichen Strom. Eine Dampfkesselanlage betrieb die Fernheizung der Gebäude. Mit zwei anstaltseigenen Automobilen konnte das Essen zu den Krankenvillons gebracht und die Post von der Bahnstation abgeholt werden.

Da mit jährlich 140 Todesfällen gerechnet wurde, wurde im Nordosten des Geländes ein eigenes Leichenhaus gebaut und ein Friedhof angelegt. Er diente Patienten wie Personal gleichermaßen als letzte Ruhestätte.

Es war VOCKEs Anliegen, in Eglfing alles zu vermeiden, was an eine Anstalt oder Kaserne erinnern könne (2). Er bemühte sich um eine ansprechende äußere Architektur durch "lebhaftige Gruppierung" der Gebäude im Gelände, abwechslungsreiche Gestaltung von Tür- und Fensteröffnungen, ausgiebige Verwendung von Farbe und die Art der Gartengestaltung. In seinem Bestreben, den Patienten eine freundliche Umgebung zu schaffen, vergaß er auch nicht die Korbgritter an den Fenstern, auf die er meinte aus Sicherheitsgründen nicht verzichten zu können. Er ließ sie so ausführen, daß sie im Sommer mit Blumen verziert werden konnten.

Seine Bemühungen hatten Erfolg. Ein Besucher schrieb nach seinem Besuch auf der Baustelle: "Ein Uneingeweihter käme beim Anblick der ganzen Anlage nicht auf den Gedanken, daß hier eine Anstalt für unglückliche Geisteskranken entsteht, sondern er würde glauben, daß hier eine neue Villensiedlung gebaut wird" (3). Ein Holzzaun mit Betonsäulen, der das Anstaltsgelände auf eine Länge von 3,1 km umgab, bildete das einzige nach außen sichtbare Zeichen der Grenze, die die Welt der psychisch Kranken von der Außenwelt trennte.

Nach dreidreivierteljähriger Bauzeit war die "Oberbayerische Heil- und Pflegeanstalt Eglfing bei München" Mitte 1905 bezugsfertig, nachdem ein unerwartet ausgebrochener Malerstreik noch eine Verzögerung um fünf Wochen bewirkt hatte. Die Baukosten ohne Grunderwerb beliefen sich auf acht Millionen Mark. Umgerechnet auf ein Bett entsprach der Betrag den damals üblichen Aufwendungen. Am 12. Juli 1905 übergab der Bauleiter in Gegenwart des Regierungspräsidenten, seiner Referenten und des Landrats von Oberbayern die Anstalt an den Kreis.

Die Eröffnung der Anstalt war ein wichtiges gesellschaftliches Ereignis, an dem auch der Prinzregent und der Erzbischof teilnahmen. Durch ihren Besuch brachten sie zum Ausdruck, welche große Bedeutung sie der Versorgung psychisch kranker Menschen in staatlichen Anstalten beimaßen. Der Münchner Erzbischof Freiherr VON STEIN hatte schon am 20. Juni die katholische Kirche der Anstalt geweiht und ihr den Erzengel Raphael zum Schutzpatron gegeben, der als Fürsprecher bei psychischen Erkrankungen galt. Prinzregent LUITPOLD, des-

sen Neffen LUDWIG und OTTO als bayerische Könige psychisch erkrankt waren, besichtigte die Anstalt sechs Tage später. Bei dieser Gelegenheit verlieh er Orden und Auszeichnungen an langjährige Anstaltsbedienstete und an diejenigen, die sich besondere Verdienste am Bau erworben hatten. VOCKE erhielt den Verdienstorden vom Heiligen Michael IV. Klasse: Er sei ein sehr tüchtiger Irrenarzt und habe sich große Verdienste um den mustergültigen Ausbau der Anstalt nach neuesten wissenschaftlichen Gesichtspunkten erworben (4). Auch im Urteil der fachkundigen Anstaltspsychiater hieß es bald, der Bau sei "gegenwärtig die mustergültigste Landesirrenanstalt der Welt" (5).

FRIEDRICH VOCKE wurde zum ärztlichen Direktor der Anstalt ernannt. Ihm standen zwei Oberärzte und sechs Assistenzärzte zur Seite. In der Anstaltssatzung war festgelegt, daß die Anstalt "der Heilung und Verpflegung von Geisteskranken gewidmet" sei und "vorzugsweise für solche kreisangehörige Geisteskranke bestimmt, welche Aussicht auf Genesung bieten, oder gefährlich oder ohne entsprechende Hilfe sind" (6). In den 30 Krankengebäuden konnten 1.032 Menschen untergebracht werden, je zur Hälfte Männer und Frauen. Es bestanden drei Verpflegungsklassen, wobei den beiden obersten 220 Plätze vorbehalten waren. Sie genossen Vorzüge in der Unterbringung und bei den Mahlzeiten und konnten auch eigene Privatpfleger zu ihrer Unterstützung mit in die Anstalt bringen.

Die ersten der insgesamt 787 Insassen aus der Kreis-Irrenanstalt München trafen am 29. Juli 1905 in Eglfing ein. Bei einigen von ihnen konnte in der Folgezeit dank der freieren Behandlung eine deutliche Besserung ihres Zustandes beobachtet werden (7). Durch Neuaufnahmen stieg die Zahl der Kranken innerhalb eines Jahres auf 972. Es zeigte sich bald, daß auch die neue Anstalt zu klein war, um der steigenden Zahl von unterzubringenden psychischen Kranken Herr zu werden. Nur zwei Jahre war Eglfing in Betrieb, als die Normalbelegung erstmals überschritten wurde. Die Erweiterung um zwei, im Bauplan bereits vorgesehene Pavillons (Haus 25 und 28) schuf zwar für kurze Zeit Abhilfe. Direktor VOCKE lehnte aber einen darüber hinausgehenden Ausbau mit der Begründung ab, daß vom ärztlichen Standpunkt aus das Entstehen einer zu großen Anstalt unter einer Leitung zu vermeiden sei. Statt dessen empfahl er, möglichst

bald mit dem Bau einer dritten Heil- und Pflegeanstalt für Oberbayern zu beginnen, damit sich die alten Zustände der Überfüllung mit den äußerst schädlichen Folgen für Kranke und Personal nicht wiederholten.

Unter dem Druck der Verhältnisse ließ sich die Regierung von Oberbayern von VOCKE überzeugen und leitete den Neubau einer dritten Anstalt für den Bezirk in die Wege. Er wurde, um Geld zu sparen, auf dem bereits im Kreisbesitz befindlichen Gelände gegenüber der Anstalt Eglfing, westlich der Straße von Keferloh nach Ottendichl, errichtet. Bis zur Fertigstellung der Schwesternanstalt verschlechterten sich die räumlichen Verhältnisse in Eglfing weiter. Einige Pavillons mußten mit doppelter Patientenzahl belegt werden (8).

Die Eröffnung der "Oberbayerischen Heil- und Pflegeanstalt Haar" mit 800 Plätzen im Oktober 1912 schuf die ersehnte Abhilfe. Die Bauweise der Anstalt lehnte sich eng an das Vorbild Eglfing an und übernahm das Pavillonsystem. Doch die einzelnen Häuser waren wesentlich größer angelegt, und die Aufnahmestationen mit fünf untereinander abgeschlossenen Abteilungen in der langgestreckten, zweigeschossigen Zentralanstalt (Haus I) zusammengefaßt. Das Verwaltungsgebäude, das Gesellschaftshaus, sechs Wohnhäuser und etwas zurückgesetzt das Kinderhaus (Haus X) erstreckten sich längs der Straße vom Bahnhof Haar zur Anstalt Eglfing. Die Wirtschaftsgebäude und Werkstätten sowie das Sektions- und Desinfektionshaus bildeten südlich des Pflegerdörfchens ein großes Viereck.

Der Direktor der Anstalt Haar, FRANZ BLACHIAN (1865 - 1930) (siehe Tabelle 1) übernahm am Morgen des 21. Oktober 1912 die ersten Kranken aus Eglfing, die von seinem Kollegen VOCKE zu Fuß an das Gartentor der neuen Anstalt begleitet worden waren. In den nächsten Wochen wurden 341 Insassen von Eglfing nach Haar überführt. Erstmals für Bayern entstand in der Anstalt Haar mit dem Kinderhaus eine Abteilung, deren 45 - 50 Plätze ausschließlich "abnormen Kindern" vorbehalten waren. Die meisten von ihnen litten an Epilepsie oder Schwachsinn unterschiedlicher Ausprägung.

Innerhalb von nur 12 Jahren waren in Oberbayern mit großem finanziellen Aufwand drei neue Anstalten für psychisch kranke Menschen

errichtet worden: Die psychiatrische Klinik der Universität München diente neben der Lehre der Psychiatrie auch als "Stadtasyl" zur Versorgung akuter psychiatrischer Notfälle in der Großstadt. Die Kranken blieben dort nur eine beschränkte Zeit. Konnten sie nicht als geheilt entlassen werden, wurden sie zur weiteren Unterbringung in die Anstalt nach Eglfing oder Haar überführt. Beide Anstalten nahmen wie die Klinik der Universität akut Kranke auf, doch lebte ein großer Teil der Insassen dort als Dauerpatienten in langjähriger bis lebenslanger Verwahrung.

In den Anstalten Eglfing und Haar war für psychisch kranke Menschen eine eigene Welt errichtet worden, in der sie unter ärztlicher Aufsicht ihr Leben verbrachten. Der Wohlstand im kaiserlichen Deutschland ermöglichte eine aufwendige Bauweise und reichhaltige Ausstattung; besonders in Eglfing wurde weniger an die Kosten gedacht als daran, den Kranken eine angenehme Umgebung zu schaffen. VOCKEs Fähigkeiten als Planer schufen zwei zweckvolle Anlagen, die ihrer Aufgabe, beinahe 2.000 Menschen zu verwahren, gut entsprachen.

In den Anstalten der Jahrhundertwende beschränkten sich die Ärzte auf eine fürsorgende Verwaltung psychischer Krankheiten (vgl. 1.2). In Eglfing und Haar wurde wie andernorts auch durch die Bettbehandlung in großen Wachsälen, durch beruhigende Medikamente, feuchte Wickel oder warme Dauerbäder bei neu aufgenommenen Kranken zuerst für Ruhe gesorgt. Eine kausale Therapie akuter Erkrankungen gab es nicht. Chronisch kranke Patienten wurden so weit wie möglich zu Arbeiten in der Anstalt herangezogen, um einen weiteren Persönlichkeitszerfall zu verhindern. Der Haarer Direktor BLACHIAN sah darin "die beste Medizin für sovieler Geisteskranke" (9).

Wie in den Jahrzehnten zuvor stieg auch nach der Jahrhundertwende die Zahl der anstaltspflegebedürftigen Menschen weiter an. Die Anstalt Haar hatte neuen Platz geschaffen, wo sie verwahrt werden konnten. Aber schon ein Jahr nach ihrer Eröffnung sagte VOCKE angesichts der weiter steigenden Aufnahmezahlen in Eglfing und Haar (siehe Tabelle 2 und 3) die erneute Überfüllung aller drei oberbayerischen Heil- und Pflegeanstalten für Ende 1917 voraus. Über

90 % der Insassen in Eglfing und Haar kamen aus München und verwiesen damit auf die Großstadt als eine der Bedingungen für die unverhältnismäßig starke Zunahme der unterzubringenden psychisch Kranken (vgl. 1.4).

## 2.2 Die Entwicklung bis in die dreißiger Jahre

Der Ausbruch des Ersten Weltkrieges im August 1914 änderte die Grundlagen des täglichen Lebens in den Anstalten. Innerhalb der ersten Kriegstage rückten in Eglfing 70 % und in Haar über 85 % der männlichen Pfleger zum Kriegsdienst ein; mehrere Ärzte dienten als Sanitätsoffiziere. Bei den Kranken wurden arbeitsfähige Männer auf Wunsch der Angehörigen nach Hause entlassen, da dort Arbeitskräfte fehlten. Entgegen den seit Jahrzehnten üblichen Verhältnissen lebten nun seit 1916 mehr weibliche als männliche Patienten in den beiden Anstalten. Gegen Kriegsende führten Verpflegungsschwierigkeiten zu einem einschneidenden Mangel an Fett und Fleisch. Die schlechte Ernährungslage erhöhte die Anfälligkeit der Insassen für Tuberkulose; 1918 starben 20,8 % bzw. 25,6 % der Kranken, die im Jahresdurchschnitt in Eglfing und Haar untergebracht waren. Auch die Kinder besaßen keine Abwehrkräfte mehr; durch eine Masernepidemie im Kinderhaus stieg die Sterblichkeitsrate bei ihnen auf 15 % (10). Die ersten Friedensjahre verbesserten die Lebensbedingungen in den Anstalten nur langsam. 1921 lag in der Anstalt Haar die Sterblichkeitsrate noch immer ungewöhnlich hoch bei 12,1 % (11).

Nachdem infolge der Novemberrevolution Bayern 1918 eine demokratische Regierung erhalten hatte, wurde die Arbeitszeit des Pflegepersonals in Eglfing und Haar am 15. März 1919 auf 60 Stunden pro Woche verkürzt. Während der folgenden kurzlebigen Räteregierung bildete das Personal in der Anstalt Haar am 12. April Betriebsräte,

die am 1. Mai, nach der Besetzung Münchens durch Freikorpsstruppen, wieder aufgelöst wurden. Der erste Tarifvertrag über die Regelung der Dienst-, Arbeits- und Entlohnungsverhältnisse des Personals der oberbayerischen Anstalten vom 9. Mai 1920 führte die 48-Stunden-Woche ein. Allerdings wurde diese Regelung in Eglfing und Haar nicht übernommen; dort betrug die wöchentliche Arbeitszeit 52,5 Stunden.

Die wirtschaftlichen Schwierigkeiten des bayerischen Staates und der damit verbundene Zwang zu sparen wirkten sich in den Anstalten zuerst auf das Pflegepersonal aus. Im Mai 1923 wurde die Arbeitszeit wieder auf 60 Stunden verlängert. Für einen Pfleger bedeutete das einen zehnstündigen Dienst entweder zusammenhängend von 6.00 bis 16.00 Uhr bzw. 11.00 bis 21.00 Uhr oder geteilt von 6.00 bis 11.00 und von 16.00 bis 21.00 Uhr bei einem freien Tag in der Woche. Eine Pflegerin arbeitete an zwei Tagen von 6.00 bis 20.30 Uhr mit einer eineinhalbstündigen Pause und erhielt dafür jeden dritten Tag frei. Ein Viertel der Mitarbeiter wurde entlassen; die Mehrarbeit wurde ihren Kollegen aufgetragen. Die Belastung wurde noch gesteigert, als in den folgenden Jahren außer auf den Wachstationen für Unruhige und den großen Pflegestationen für Unreinliche die wöchentliche Dienstzeit verlängert und teilweise sogar bis auf 72 Stunden ausgedehnt wurde. Abgeschafft wurde 1926 das nächtliche Bereitschaftsschlafen einer Pflegeperson im allgemeinen Krankensaal. Vor dem Hintergrund steigender Arbeitslosenzahlen wurde mit dem 1. Juni 1930 die bezahlte wöchentliche Arbeitszeit durchgehend auf 58 Stunden verringert, wobei jedoch gleichzeitig auch das Gehalt gekürzt wurde.

Die Finanznot öffentlicher Kassen wirkte sich nicht nur auf den Bereich des Pflegepersonals aus. Seit 1926/27 übten die Fürsorgeverbände, auf deren Kosten ein Großteil der Anstaltsinsassen versorgt wurde, einen immer stärkeren Druck auf die bayerischen Anstalten aus (12). Sie verlangten die Fürsorgelasten zu senken, und schlugen vor, getrennte Heilanstalten und Pflegeanstalten zu errichten, da sie eine solche Aufteilung für kostengünstiger hielten. Die bayerischen Anstaltsdirektoren widersprachen lebhaft, indem sie auf die bewährte Einheit von Heil- und Pflegeanstalt verwiesen, stellten sich aber nicht grundsätzlich gegen die Forderung,

den Aufwand für die Anstalten herabzusetzen. Man beschränkte sich vorerst auf ein Bündel von Sparmaßnahmen, das eine Verringerung der Zahl der Anstaltsverpflegten vorsah. Das Ziel sollte durch vermehrte Entlassungen erreicht werden, durch Ausbau der offenen Fürsorge und durch Überstellung von sogenannten "Endzuständen" in caritative Anstalten (vgl. 3.1).

Auch die Vereinigung der beiden bisher selbständigen Anstalten Eglfing und Haar, die der zweite Direktor von Eglfing, FRITZ AST (1872 - 1956), betrieb, nachdem sein Haarer Kollege BLACHIAN 1928 aus dem Anstaltsdienst ausgeschieden war, geschah aus finanziellen Gründen. Es wurde als unwirtschaftlich betrachtet, die beiden Anstalten mit jeweils eigener Verwaltung und Wirtschaftsführung zu betreiben, obwohl nur eine Durchgangsstraße sie voneinander trennte. Eine vorausgehende Prüfung hatte ergeben, daß eine Verwaltungsvereinfachung möglich und die bestehende getrennte Betriebsführung und das doppelte Kassen- und Rechnungswesen unzweckmäßig seien, da beide Anstalten mit denselben Behörden zusammenzuarbeiten hätten. Außerdem trugen beide Anstalten die technische Betriebszentrale, den landwirtschaftlichen Betrieb und die Sorge um den Bauunterhalt, schon seit Jahren gemeinsam. Auch die Bäckerei in Haar und die Schlächtereie in Eglfing belieferten jeweils beide Anstalten.

Da gespart werden mußte, verloren ärztliche Bedenken gegen Mammutanstalten mit über 1.000 bis 2.000 Betten, wie sie KRAEPELIN und LANGE in ihrem Lehrbuch vorgebracht hatten (13), an Gewicht. Sie hatten als Nachteile so großer Einrichtungen aufgezählt: der Kranke wird zur Nummer, ein Eingehen auf seine Persönlichkeit ist nicht mehr möglich, der ärztliche Leiter wird durch eine Unmenge von Kleinigkeiten dem ärztlichen Dienst entfremdet und kann weniger auf seine Mitarbeiter einwirken, es entsteht eine Vielzahl von Reibungsflächen, der Betrieb der Anstalt wird unübersichtlicher.

Unbeschadet dieser Warnung wurde jedoch jetzt, da Eglfing und Haar zu einer Anstalt mit über 2.000 Insassen vereinigt werden sollte, von seiten der Anstaltsdirektion betont, welche Vorteile die Zentralisation für den Krankenbetrieb - "den Hauptzweck der Anstalt" - mit sich brächte. Es wurde hervorgehoben: Die Arbeitsstätten wie Gutshof, Gärtnerei und Handwerksbetriebe könnten wirkungsvoller

ausgenutzt und die arbeitenden Krankengruppen besser nach sachlichen Gesichtspunkten zusammengestellt werden, da das Angebot und die Auswahl an Kranken größer würde. Die vorhandenen freien Plätze in den Anstalten könnten gleichmäßiger besetzt und die Kranken schon bei ihrer Aufnahme zweckmäßig verteilt werden, so daß eine einseitige Überfüllung einer Anstalt vermieden würde (14). Mögliche Nachteile für die Krankenversorgung erwähnte die Direktion in ihrem Jahresbericht nicht.

Am 3. Mai 1930 beschloß der oberbayerische Kreisausschuß, die beiden bisher selbständigen Anstalten mit Wirkung zum 1. Januar 1931 unter dem Namen "Oberbayerische Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar" zusammenzulegen. An der Spitze sollte ein Direktor stehen mit je einem Stellvertreter für die Männer- und Frauenseite. Als Hauptziel der Vereinigung wurde die Rationalisierung des ärztlichen Dienstes unter voller Ausnutzung des verfügbaren Raumes und der verfügbaren Pflege- und Heilmittel angegeben (15).

Neben der fortschreitenden Verknappung der Mittel bedrohte eine bedrückende Überbelegung das Leben in der Anstalt. Schon seit Beginn der zwanziger Jahre waren die Aufnahmezahlen wieder angestiegen, und seit 1925 verwiesen der Eglfinger und Haarer Direktor abwechselnd in ihren Jahresberichten auf die dadurch bedingten Mißstände. Besonders der Anteil der unruhigen und pflegebedürftigen Kranken stieg seit Jahren. 1926 waren auf der Frauenabteilung der III. Verpflegungsklasse in Eglfing einige Stationen mit 80 bis 110 Prozent überbelegt; ein Teil der Betten stand in den Tagesräumen, da in den Schlafräumen kein Platz mehr war. Eine weitere Abteilung, die zuvor Pflegerinnen als Wohnung gedient hatte, konnte für Patienten zur Verfügung gestellt werden, nachdem in den Dachgeschossen zusätzliche Personalzimmer ausgebaut worden waren. Noch kostengünstiger war eine andere Lösung: Kranke, bei denen keine Besserung mehr zu erwarten war, wurden während der zwanziger und dreissiger Jahre als "Endzustände" in caritative Pflegeanstalten der Umgebung abgeschoben, wo zwar die ärztliche Versorgung schlechter, die Verpflegung aber billiger war. Bei manchen allerdings mußte aus Gründen, die die Jahresberichte nicht erwähnten, die Verlegung wieder rückgängig gemacht werden, so daß die Kranken wieder

in die Anstalt nach Eglfing-Haar kamen.

Als die Finanznot der Kreise und Fürsorgeverbände um 1932 weiter gestiegen war, forderte das Innenministerium die Anstalten auf, die Krankenbestände um 20 bis 30 % zu senken. Für die bayerischen Anstaltsdirektoren war dies Anlaß für ein Gutachten mit dem Titel: "Leiden wir auch heute noch an einer zu weitgehenden Hospitalisierung, wie sie vor dem Krieg und dem Ausbau der öffentlichen Fürsorge wohl bestand?" Das Gutachten, über das AST 1933 berichtete (16), hatte den Zweck, die vom Innenministerium geforderten Massenentlassungen abzuwehren. Dafür erfolgte eine zweifache Beweisführung: Zum einen bestritten die Anstaltsdirektoren, daß damit das angestrebte Ziel, die Kosten der Anstaltsversorgung zu senken, überhaupt erreicht werden könne. Zum anderen malten sie die verhängnisvollen Folgen aus, die der Gesellschaft bei der Verwirklichung des Vorhabens drohten.

Als erstes verneinten die Anstaltsdirektoren die Behauptung, daß unnötig viele Kranke in den Anstalten untergebracht würden. Sie machten stattdessen für die gestiegene Zahl der in Anstalten zu versorgenden psychisch Kranken die gesamte soziale Strukturveränderung verantwortlich, die sich mit Begriffen wie zunehmende Bevölkerungsdichte, Verstädterung usw. umschreiben ließ. Eine Verringerung der Zahl der Patienten war ihnen zufolge nur durch organischen Ausbau der vorhandenen Einrichtungen, wie der offenen Fürsorge und der Familienpflege zu erreichen. Sie errechneten ferner, daß ein Abbau der Krankenbestände im geforderten Maße nur eine geringe Einsparung oder sogar eine Mehrbelastung zur Folge haben könne; denn, so führten sie aus, die Verpflegungssätze seien Durchschnittswerte der Gesamtheit aller Anstaltsinsassen. Der tägliche Aufwand für die Schwerkranken sei höher als für die Leichtkranken, weil die letzteren bei der Pflege ihrer Mitpatienten helfen und in den Anstaltsbetrieben die beste und produktivste Arbeit leisteten. Würden sie vermehrt entlassen, blieben nur die Schwerkranken in der Anstalt, die bisher von den Leichtkranken mitgetragen worden seien. Um ihre Verpflegung sicherzustellen, müßten die Pflegesätze erhöht werden.

Außer den zu erwartenden Nachteilen für den Anstaltsbetrieb hoben die Direktoren in ihrem Gutachten die Gefahren hervor, die der Gesellschaft bei Massenentlassungen drohten. Sie gaben zu bedenken (17), daß die fragwürdigen und geringfügigen Einsparungen zu einer Entlassung und Aufnahmeerschwerung von psychisch Kranken führen würde, die für die Öffentlichkeit nahezu "gemeingefährliche Zustände" schaffen könne. Das sei in einer Zeit wirtschaftlicher und politischer Hochspannung besonders bedenklich; außerdem seien Massenentlassungen aus den Anstalten aus eugenischen Gründen unerwünscht. Der Organismus Heil- und Pflegeanstalt, der sich bewährt habe, werde zerstört, Milieu- und Heilatmosphäre der Anstalt würden verschlechtert, die Anstalten verlören an Wirtschaftlichkeit und wirtschaftlicher Anpassungsfähigkeit. Der Personalabbau sei eine rücksichtslose Maßnahme und mit schwersten sozialpolitischen Bedenken belastet. Letztendlich würden weite Landbezirke in ihrer irrenärztlichen Versorgung erheblich geschädigt.

Die Anstaltsdirektoren entwickelten in ihrem Gutachten auch eigene Vorstellungen, wie die Kosten der Anstaltsversorgung verringert werden könnten. Der wichtigste Punkt ging dabei eindeutig zu Lasten der Patienten; denn sie schlugen eine möglichste Senkung der Pflegesätze vor. Des weiteren wollten die Direktoren in ihren Anstalten eine Selbstkontrolle auf Entlassung und Bestand durchführen, um alle Fälle auszuschließen, die nicht mehr der Behandlung in einer Heil- und Pflegeanstalt bedürften. Ferner könnten Angehörige und Pflegefamilien durch Prämien dazu veranlaßt werden, die Kranken wieder aus der Anstalt herauszuholen, da sie dort wegen der Wirtschaftskrise oft länger verblieben, als es ärztlich notwendig sei. Das Ministerium bezweifelte zwar die Rechnung der Anstaltsdirektoren - es sei unsinnig, die Wirtschaftlichkeit der Anstalt zu verlangen, da die Verpflegungskosten zum größten Teil von den Fürsorgeverbänden und den Heimatgemeinden aufgebracht und die Anstalten damit sowieso letztendlich von den öffentlichen Mitteln bezahlt würden -, dennoch gab es dem Gutachten insofern recht, als es die Forderung nach Massenentlassungen nicht länger aufrecht erhielt.

Anstaltsarzt FRIEDRICH HÖLZEL (1884 - 1965) ergänzte die Ausführungen der Anstaltsdirektoren in einer eigenen Veröffentlichung (18).

Seiner Meinung nach lebten psychisch Kranke in einer Anstalt, weil ihr Leiden sich für die Gesellschaft in irgendeiner Form nachteilig auswirkte. Sie blieben so lange in einer Heilanstalt untergebracht, wie eine Besserung ihres Zustandes möglich schien.

Mitte September 1933 untersuchte er alle männlichen Kranken des Abschnittes Haar, insgesamt 425, um die Frage zu klären, ob von ärztlicher Seite aus mehr Anstaltsinsassen entlassen werden könnten. Er kam zum Ergebnis, daß dies nicht der Fall war. Zwar konnten 14 seiner Patienten in absehbarer Zeit probeweise nach Hause entlassen und 12 weitere in eine Pflegeanstalt überführt werden. Aber alle waren ihm schon zuvor persönlich bekannt gewesen. Die verbleibenden 399 teilte er nach dem Krankheitsbild rein beschreibend in elf Gruppen ein: die Erregten, die unberechenbar Gewalttätigen, die Labilen und Explosiven, die Unruhestifter und Streitsüchtigen, die bedenklich Wahnkranken, die schwermütig Verstimmten, die Ratlosen, die Gesperrten und Verkehrten, die uneinsichtig-Schwerzugänglichen, die Haltlosen mit den Alkoholikern, Landstreichern und Sittlichkeitsgefährlichen, die Verwirrten und die Siechen. Er faßte sie unter dem Oberbegriff "Asozialität" zusammen, d.h. sie bedeuteten eine Belastung, Schädigung und Gefährdung der Gesellschaft. Sie waren seiner Auffassung nach heilanstaltsbedürftig, weil bei ihrem Anstaltsaufenthalt der Heilzweck gegenüber der Aufgabe der reinen Verwahrung im Vordergrund stand.

Nachdem weitere Einsparungen durch Personalabbau und Lohnsenkungen nicht mehr möglich waren und die bayerischen Anstaltsdirektoren sich mit Erfolg gegen Massenentlassungen gewehrt hatten, wurden die Verpflegungssätze gekürzt. Da die Anstalten ihren Betrieb hauptsächlich aus den Einnahmen durch die Verpflegungssätze finanzierten, alle Ausgaben aus eigenen Mitteln bestreiten mußten und auch bei größeren Investitionen keine Zuwendung öffentlicher Kassen erhielten, mußte sich die Kürzung der Verpflegungssätze auf das Anstaltsleben verhängnisvoll auswirken. Dennoch hatten auch die Anstaltsdirektoren diese Maßnahme in ihrem Gutachten vorgeschlagen. Am Jahresende 1931 waren bis auf einen verschwindend geringen und immer weiter abnehmenden Bruchteil fast alle Patienten in der III. Verpflegungsklasse untergebracht. Nur bei etwa 15 %

der Insassen wurde der Anstaltsaufenthalt privat oder auf Kosten der Krankenkassen bezahlt, für die übrigen mußte die Heimatgemeinde oder der Fürsorgeverband einspringen. Aber auch der 1931 in der III. Verpflegungsklasse übliche Satz für Angehörige des Bezirks Oberbayern von 4 RM täglich bedeutete für die Insassen eine deutliche Verschlechterung der Lebensbedingungen im Vergleich zu den Jahren vor dem Krieg; denn die seit 1913 um nahezu 60 % gestiegenen Personalkosten waren außer durch Erhöhung der Verpflegungssätze in den Jahren 1926 und 1927 stets durch eine Kürzung der Sachkosten aufgefangen worden.

Als in kleinen Schritten zum 1.4.32, 1.7.32 und 1.1.33 die Verpflegungssätze in allen Klassen um insgesamt 40 Pfennig auf 3,60 RM verringert wurden (siehe Tabelle 4), mußten die Aufwendungen noch weiter gesenkt werden. Die größten Einsparungen wurden bei der täglichen Verpflegung der Insassen erzielt. Berücksichtigt man den um 10 % gestiegenen Lebenshaltungsindex, wurde im Jahre 1933 nur noch halb so viel Geld für die Verpflegung der Kranken ausgegeben wie 1913 (siehe Tabelle 5)! Obwohl die Verpflegungssätze, die die Fürsorgeverbände zahlten, auch bisher schon um 20 Pfennig niedriger gewesen waren als die in der III. Verpflegungsklasse üblichen, wurden sie zum 1.1.34 erneut um 40 Pfennig gesenkt. Gleichzeitig mußten für reine Pfleglinge des Fürsorgeverbandes 100 verbilligte Plätze zu 1,80 RM bereitgestellt werden. Ihre Zahl wurde 1935 noch auf 140 erhöht. Zum 1.4.34 wurden die Verpflegungssätze in allen Klassen noch einmal um 40 Pfennig gesenkt. In der Anstalt Eglfing-Haar wurde gespart, wo immer es möglich war, insbesondere bei den Personalausgaben durch Nichtbesetzung frei gewordener Stellen. Für einen Fürsorgekranken, bei dem der Aufwand zu seiner täglichen Versorgung durchschnittlich 2,93 RM betrug, wurden vom Kostenträger nur noch 2,75 RM ersetzt. Der fehlende Betrag mußte von der Anstalt aus ihren sonstigen Einnahmen wie Mieten, Pachtgeldern und Rücklagen aufgebracht werden. Zum 1.4.37 erfolgte eine erneute Senkung der Verpflegungssätze, die wiederum mit einer Verringerung der Kosten für Lohn und Gehalt ausgeglichen wurde. Innerhalb von fünf Jahren waren damit in der III. Verpflegungsklasse für Angehörige des Bezirks Oberbayern die Verpflegungssätze um 1/4 von 4 RM auf 3 RM gesenkt worden.

Von 1931 bis 1939 verschlechterten sich die Lebensbedingungen für die Kranken in der Anstalt Eglfing-Haar fortlaufend. Die Ausgaben für Verpflegung und Getränke fielen von 95 auf 54 Pfennig pro Verpflegungstag, die für Löhne und Gehälter von 204 auf 133 Pfennige. Die Pflegerquote sank bei den Männern von 1:5,0 auf 1:7,35 und bei den Frauen von 1:4,58 auf 1:6,37. Der Beschäftigungsgrad in der Arbeitstherapie sank bei den Männern von 84,4 % auf 69,7 % und bei den Frauen von 83,5 % auf 79,8 %. Im selben Zeitraum stieg die Sterblichkeit unter den Insassen um 1/3 von 4,22 % auf 5,68 % (siehe Tabelle 5).

### 2.3 Kriegsbedingte Veränderungen

Unmittelbar nach Beginn des Zweiten Weltkrieges am 1. September 1939 wurden 81 Mitarbeiter der Anstalt Eglfing-Haar, darunter drei Ärzte und 41 Pfleger eingezogen; elf von ihnen kehrten bis zum Jahresende wieder zurück. Die Auswirkungen auf das Anstaltsleben waren anfangs gering; alle vorgesehenen Beurlaubungen wurden gestrichen, damit der Personalstand aufrecht gehalten werden konnte, und auf den ruhigen Abteilungen für männliche Kranke wurden Pflegerinnen eingesetzt. In der Krankenpflegeschule war schon im Vorjahr der Lehrstoff neben der deutschen Bevölkerungspolitik und der Erb- und Rassenpflege um das Gebiet "Wissenswertes aus der Luftschutzpraxis" erweitert worden. Der Anteil der in der Arbeitstherapie tätigen Kranken ging zurück. Die Direktion begründete dies mit den Einschränkungen der Kriegswirtschaft und den Einberufungen des Personals zur Wehrmacht (19). Weil auf dem Arbeitsmarkt gesunde Arbeitskräfte fehlten, wurden verschiedene Arbeitsgruppen auch außerhalb der Anstalt eingesetzt, beispielsweise zu Straßenarbeiten, zum Schneeräumen und zu Bodenplanierungen bei gemeindlichen Bauten.

Als die pfälzische Anstalt Klingenmünster aus militärischen Gründen geräumt werden mußte, wurden von dort 250 männliche Kranke mit ihrem Direktor, 20 Pflegern und zwei Pflegerinnen nach Eglfing-Haar verlegt, wo sie am 11. September 1939 eintrafen und bis zum 3. Oktober 1940 blieben.

Nur ganz allmählich erfaßte der Krieg die Anstalt. Im Verlauf des Jahres 1940 stieg die Zahl der einzogenen Mitarbeiter von 70 auf 99, darunter waren 55 Pfleger. Ihr Fehlen wurde durch eine geringfügige Verringerung der Dienstzeit und eine "Verringerung des Krankenbestandes" ausgeglichen. Hinter dieser harmlos klingenden Wendung aus dem Jahresbericht für 1940 verbarg sich die Tatsache, daß im Rahmen der sogenannten "Euthanasie" psychisch Kranker seit dem 18. Januar 1940 bis zum Jahresende etwa ein Drittel der in der Anstalt lebenden Menschen in die sogenannte Reichsanstalten Grafeneck und Hartheim verlegt und dort getötet worden war (vgl. 6.2). Dazu zählten auch 11 Pfleglinge aus Klingenmünster. Sie wurden am 3. Oktober 1940 nach Hartheim gebracht. Es war derselbe Tag, an dem die übrigen Kranken aus Klingenmünster in ihre heimatliche Anstalt zurückkehren konnten. Die Anstalt Eglfing-Haar hatte ihre Aufgabe verloren, Schutzraum für psychisch kranke Menschen zu sein.

1941 wirkten sich die kriegsbedingten Veränderungen auf den Alltag der Anstalt noch deutlicher aus. Verwundete Soldaten brauchten Hilfe. Am 25. Juni 1941 wurde das Reservelazarett Eglfing zuerst mit 60 Betten eröffnet und danach fortlaufend erweitert. Bereits am 1. Dezember wurde die Bettenzahl auf 150 erhöht. Materialmangel schränkte die Arbeitstherapie der Anstaltsinsassen weiter ein, Vorrang erhielten die für den Betrieb der Anstalt lebenswichtigen Arbeiten. Am 22. Dezember 1941 untersagte der Reichsbeauftragte für Heil- und Pflegeanstalten Verlegungen von Anstaltspatienten in die Heimat, auch wenn die Unterbringung dort kostengünstiger war oder Angehörige den Kranken in ihrer Nähe wünschten (20). Er begründete es mit der Verkehrslage und Personalknappheit der Eisenbahn. Die Transportmittel mußten für militärische Zwecke freigehalten werden.

Zu Jahresbeginn 1942 waren 138 Angestellte zum Heer eingezogen. In der Arbeitstherapie wurde für Wehrmacht und Winterhilfe gear-

beitet. Für das Heeresbekleidungsamt fertigten die Patienten u.a. 500 Hosen, 1000 Hemden, 1000 Paar Socken und über zwei Waggonladungen Trennarbeiten (21). Dennoch stand ihnen nicht genügend Essen zur Verfügung. Arbeitende Kranke wurden beobachtet, wie sie die Abfalltonnen auf der Suche nach Eßbarem durchwühlten (22).

Auf dem Papier war für die Anstaltsinsassen diesselbe Ernährung vorgesehen wie für die Normalbevölkerung. Die Versorgung der Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten mit kostenpflichtigen Lebensmitteln erfolgte auf Sammelbezugsscheinen, und der Mengenberechnung lagen die jeweils allgemein festgelegten Mengen zugrunde, wobei selbsterzeugte Lebensmittel aus einem landwirtschaftlichen Betrieb auf den Gesamtbedarf angerechnet wurden. Anstalten, in denen psychisch Kranke untergebracht waren, wurden jedoch im Vergleich zu anderen Krankenhäusern insofern schlechter behandelt, als ihnen Obst- und Gemüsekonserven, Röstkaffee, Tee und Kakao nicht bevorzugt zugeteilt wurden' (23).

Hätten die Kranken aus Eglfing-Haar tatsächlich so viel erhalten, wie für die Bevölkerung Münchens vorgesehen war, hätte ihnen beispielsweise in der 39. Zuteilungsperiode vom 27.7 bis 23.8.42 das Folgende zugestanden:

|                       |        |               |         |
|-----------------------|--------|---------------|---------|
| Butter                | 575 g  | Eier          | 3 Stck. |
| Butterschmalz         | -      | Teigwaren     | 600 g   |
| Schweineschmalz       | -      | Kaffee-Ersatz | 312,5 g |
| Margarine             | 125 g  | Zucker        | 900 g   |
| Käse                  | 125 g  | Marmelade     | 700 g   |
| Quark                 | 125 g  | Weizenbrot    | 1600 g  |
| Speiseöl              | 50 g   | Roggenbrot    | 6400 g  |
| entrahmte Frischmilch | 5,5 l  | Kartoffeln    | -       |
| Fleisch               | 1200 g | Fisch         | - (24). |

Tatsächlich bekamen die Kranken jedoch weniger. Es gab örtliche Lebensmittelveruntreuungen in so großem Umfang, daß Strafverfahren eingeleitet wurden (25).

Am 18. März 1943 forderte der Reichsbeauftragte für Heil- und Pflegeanstalten, die Beschäftigung der Anstaltsinsassen in der Arbeits-

therapie zu erweitern. "Es muß versucht werden, diese Arbeitskräfte noch mehr auszuschöpfen, indem man sie z.B. in einem der Anstalt benachbarten Betrieb unter Aufsicht von Pflegern und unter Berücksichtigung ihrer beschränkten Einsatzfähigkeit hinsichtlich der Arbeitszeit und der Schwere der zu verrichtenden Arbeit arbeiten läßt, Arbeitskommandos bildet usw." (26). Die Anstalt Eglfing-Haar kam dieser Aufforderung nach. Der Jahresbericht 1943 vermerkte, daß Kranke in weit ausgedehnterem Maße als früher außerhalb der Anstalt eingesetzt wurden, wenn es sich um besonders kriegswichtige Arbeiten handelte. Im einzelnen wurden aufgezählt: Herstellen einer Verladerampe für die Wehrmacht, Splittersteine für Luftschutzzwecke, das Spritzen der Speicherräume zum Feuerschutz, Straßenarbeiten und andere nicht näher bezeichnete Arbeiten für die Wehrmacht. Angesichts der drohenden Katastrophe lösten sich die Grenzen auf, die die Kranken in der Anstalt von der übrigen Gesellschaft getrennt hatten. In den letzten Kriegstagen mußten sie arbeiten wie alle anderen.

Ebenso wie die Patienten der Anstalt immer mehr als Arbeitskräfte denn als Kranke gesehen und behandelt wurden, wurden die Gebäude der Anstalt anderen Zwecken zugeführt. Die Entwicklung des Krieges bedingte eine weitere Vergrößerung des Reservelazarets. Ausserdem mußten Kranke aus Anstalten besonders luftgefährdeter Gebiete aufgenommen werden. Im Juni und Juli 1943 kamen zwei Transporte mit 220 bzw. 120 größtenteils pflegebedürftiger Menschen aus der westfälischen Provinzialheil- und Pflegeanstalt Dortmund-Aplerbeck, die wegen des Elends, das sie mitbrachten, den Pflegern und Pflegerinnen tief in Erinnerung blieben.

Ab 1. September 1943 diente der Abschnitt Haar als Ausweichstelle für Münchner Krankenanstalten, teils von staatlichen Universitätskliniken, teils vom städtischen Krankenhaus rechts der Isar. Es wurden folgende Gebäude belegt (27): Haus IE im Obergeschoß von der gynäkologischen Abteilung mit 70 Betten, Haus III von der urologischen Abteilung mit 24 Betten, Haus VI von der II. Medizinischen Abteilung mit 120 Betten, Haus VII von der I. Medizinischen Abteilung mit 120 Betten, Haus IX von der dermatologischen Abteilung mit 71 Betten, Haus XXV zur Lagerung von Medikamenten. Auch

der größte Teil der psychiatrischen Abteilung der Universitätsnervenklinik siedelte im Sommer 1943 nach Haar über, da die Patienten in der Nußbaumstraße nur schwer gegen Luftangriffe gesichert werden konnten. Rund 150 Kranke, mehrere Ärzte bzw. Ärztinnen sowie einige Schwestern und Hausmädchen zogen in mehrere Häuser des Abschnitts Haar ein.

In den verbliebenen, nicht beschlagnahmten Räumen lebten die Patienten der Anstalt in großer Enge und, da Bettgestelle fehlten, lagen sie zum Teil mit ihren Matratzen unmittelbar auf dem Boden. Um der Überfüllung abzuhelpen, wurden 120 Kranke in die Anstalt Schönbrunn und weitere 450 in die Anstalt Ecksberg verlegt. Beide boten Raum zur Unterbringung so vieler Menschen, weil 1940/41 viele ihrer Insassen im Rahmen der sogenannten "Euthanasie" umgebracht worden waren. Eine dritte Zweigstelle bestand in Berg mit 70 Betten für Frauen. Die Anstalten Berg und Ecksberg wurden als arztlose Krankenabteilungen geführt und nur von Zeit zu Zeit vom Direktor der Anstalt Eglfing-Haar besucht.

In der Nacht vom 2. auf den 3. Oktober 1943 traf ein erster Fliegerangriff der Alliierten die Anstalt, der aber nur geringfügigen Schaden anrichtete. Später wurde fast täglich Luftalarm gegeben.

Für 1944 wurde kein Jahresbericht mehr geschrieben. Die allgemeine Auflösung der letzten Kriegstage hatte auch die Anstalt ergriffen. Die Menschen, die dem Namen nach als Insassen zur Anstalt gehörten, lebten weit verstreut an unterschiedlichen Orten. Die Anlagen der Anstalt Eglfing-Haar selbst dienten in überwiegender Maße als Reservelazarett und Ersatzkrankenhaus und nur noch zum Teil ihrer eigentlichen Aufgabe, nämlich der Versorgung psychisch Kranker.

Am 30. April 1945 besetzten amerikanische Truppen München und Oberbayern. Schon wenige Tage danach wurden psychisch Kranke wieder in die Anstalt eingewiesen. Nach und nach wurden die Zweigstellen aufgelassen und die Kranken nach Eglfing-Haar zurückgeführt. Der Organismus Heil- und Pflegeanstalt entstand von Neuem und wurde wieder zu einem von der Gesellschaft abgeschiedenen Lebensraum für psychisch kranke Menschen.

### 3. Beschreibung der Anstalt um 1930

Das Jahr 1931 brachte die Vereinigung der beiden bisher selbständigen Anstalten Eglfing und Haar zu einer einzigen großen Anstalt unter einheitlicher Leitung. Wir wählen dieses Jahr als Ausgangspunkt für die folgende Beschreibung der Anstalt; denn so wird ihr Zustand erfaßt, bevor in den dreißiger und vierziger Jahren die somatischen Behandlungsverfahren, die Gesetze zur Rassenhygiene und die sogenannte "Euthanasie" den Alltag und Umgang der Menschen veränderten. Dabei ziehen wir auch Quellen aus früheren und späteren Jahren heran, wenn sie uns geeignet scheinen, den Blick auf das Innenleben der Anstalt zu ergänzen. Insbesondere versuchen wir, Entwicklungen, die sich über längere Zeit hingezogen haben, in ihrem Verlauf zu erfassen.

#### 3.1 Leben und Menschen in der Anstalt

Der Verlauf einer psychischen Erkrankung wurde um 1930 noch ebenso als nicht beeinflussbar angesehen wie in den Jahrzehnten zuvor. War sie einmal ausgebrochen, dann war nur in den wenigsten Fällen mit einer wirklichen Genesung zu rechnen, bei den meisten Kranken entwickelte sich nach Abklingen des akuten Anfalls ein sogenannter "Defekt" oder eine chronische Erkrankung. Manche Patienten konnten vorübergehend oder auf Dauer zu ihren Familien nach Hause entlassen werden, andere mußten für immer in einer Anstalt versorgt werden. Alle Abstufungen waren denkbar, aber bei Ausbruch der Erkrankung nicht vorherzusehen.

Deshalb sollte ein Kranker möglichst frühzeitig in eine Anstalt verbracht werden, da so noch die größten Aussichten auf Heilung oder zumindest Besserung bestanden. KRAEPELIN und LANGE lobten

in ihrem 1927 erschienenen Lehrbuch die Vorteile der Anstaltsbehandlung (1): Der Kranke wird den auf ihn einwirkenden Reizen entzogen, dem Berufsleben, der Sorge um das tägliche Brot, der verständnislosen Behandlung der Angehörigen, dem Spott der Nachbarn, und findet sich statt dessen in einem geordneten, vom Geiste der Menschenliebe und des Wohlwollens durchdrungenen Hauswesen wieder, in dem ihn teilnehmendes Verständnis für seinen Zustand, liebevolle Fürsorge für seine Bedürfnisse und vor allem Ruhe erwartet.

Die Aufnahme in eine Anstalt war aber für die Patienten mit einem erheblichen Entzug ihrer Freiheit verbunden. Der Verkehr mit der Außenwelt durch Besuche und Briefwechsel wurde überwacht, die Durchführung der ärztlichen Anordnungen konnte auch erzwungen werden, und eine Entlassung war nur mit Zustimmung der Angehörigen bzw. der einweisenden Behörde möglich. Zumindest in diesen Punkten unterschied sich eine Anstalt für psychisch Kranke von einem allgemeinen Krankenhaus.

Die Oberbayerische Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar war, ihrem Zweck nach dazu bestimmt, psychisch kranke Menschen beiderlei Geschlechts und aller Konfessionen zu behandeln und zu pflegen. Das Aufnahmegebiet umfaßte für Kranke der II. Verpflegungsklasse ganz Oberbayern, für Kinder unter 15 Jahren ganz Bayern, sowie für Kranke der III. Verpflegungsklasse den Stadt- und Landbezirk München sowie die Bezirksämter Aichach, Friedberg, Garmisch, Ingolstadt/Land, Landsberg/Stadt und Land, Schongau, Schrobenhausen, Starnberg und Wolfratshausen. In diesem Bereich lebten 1 228 000 Menschen, davon allein 730 000 in der Stadt München.

Zur Anstalt Eglfing-Haar gehörte ein Grundbesitz von 458,691 ha. Davon entfiel 1/4 auf das Anstaltsgelände, der Rest wurde landwirtschaftlich genutzt. Im Rechnungsjahr 1931/32 wurden auf dem Kreisgut hauptsächlich Kartoffeln angebaut, Klee und an Getreide, Winterweizen und Gerste. An Gespann- und Nutztieren gab es am Ende des Berichtsjahres 10 Pferde, 16 Ochsen, 104 Kühe, 2 Stiere, 530 Schweine, 7 Ziegen, 64 Hühner und 520 Enten. Bei 96 Würfen wurden 966 Ferkel geboren. Die Milcherzeugung belief sich auf 450 749 Liter, das entsprach einem Schnitt pro Kuh und Tag von 11,51 Liter. Ein Teil der Erträge der Landwirtschaft diente der Versor-

gung der Anstalt, der Rest wurde verkauft, wobei in jenem Jahr der Verwalter des Gutshofes den katastrophalen Rückgang aller landwirtschaftlichen Produktpreise beklagte.

Die Zahl der Gebäude und Einzelabteilungen in der Anstalt belief sich auf 102, davon waren 28 Verwaltungs- und Betriebsgebäude und 31 Wohngebäude für Beamte und Bedienstete. An besonderen technischen Einrichtungen bestanden eine zentrale Fernheizung für Dampf und Warmwasser, ein eigenes Elektrizitätswerk, eine eigene Wasserversorgung und Kanalisation. Grundwasser wurde so reichlich gefördert, daß es auch noch an die benachbarten Ortschaften Haar und Ottendichl abgegeben werden konnte. Eine Desinfektionsanstalt befand sich in der Zentralwäscherei, eine zweite war im Abschnitt Haar dem dortigen Leichenhaus angegliedert.

Nach Vereinigung der beiden Anstalten wurde die zuvor getrennte Verwaltung im Verwaltungsgebäude Eglfing zusammengelegt. Der linke Flügel des Erdgeschosses nahm die Kanzlei und Registratur auf, der rechte die Hauptkasse mit den Nebenräumen, das Amtszimmer des Verwalters und nebeneinander die Räume für den Direktor und seine Stellvertreter. Über die Telefonzentrale am Eingang wurde der gesamte Haus- und Fernspreverkehr abgewickelt. Im 1. Stock stand für jeden Arzt ein eigener Arbeitsraum bereit, der ihm auch als Sprechzimmer für Besucher diente. Ein großer Saal war der Ärztebibliothek vorbehalten und der Durchführung der Ärztekonzferenz.

An der Anstalt waren außer dem Direktor zwei stellvertretende Direktoren, 12 Abteilungsärzte, ein Fürsorgearzt und vier Medizinalpraktikanten tätig. Sie kamen dreimal wöchentlich zu einer Ärztekonzferenz zusammen. Häufigere Sitzungen wurden als zu umständlich und zeitraubend empfunden. An zusätzlichen Demonstrationsabenden stellten die Abteilungsärzte dem Kollegium Patienten vor, deren Krankheitsbild und Fallgeschichte von Wichtigkeit war und allgemeines Interesse besaß. Die Direktion äußerte sich zufrieden mit der Regelung des ärztlichen Dienstes, wie er seit der Vereinigung der beiden Anstalten bestand. Nachteile für die Krankenversorgung seien dadurch nicht entstanden (2).

Seit 1928 war Obermedizinalrat FRITZ AST Direktor in Eglfing und seit 1931 in der vereinigten Anstalt Eglfing-Haar. Am 28.9.1872 in Deggendorf als Sohn des dortigen Anstaltsdirektors geboren, studierte er bis 1896 Medizin in München. Im selben Jahr promovierte er mit dem Thema "Beitrag zur Statistik der idiopathischen Hypertrophie und Myodegeneration des Herzens" (3). Nach seinem Militärdienst erhielt AST ein Reisestipendium zum Besuch der Universitäten Wien und Berlin. Danach arbeitete er von April 1897 bis Dezember 1898 an der Abteilung für innere Medizin am Städtischen Krankenhaus München links der Isar. Mit Jahresbeginn 1899 wechselte AST als Assistenzarzt an die Heil- und Pflegeanstalt Erlangen, mit Jahresbeginn 1900 an die Heil- und Pflegeanstalt München-Giesing. In Anerkennung einer siebenjährigen Dienstzeit als Arzt beim psychisch kranken bayerischen König OTTO wurde ihm 1908 der Michaelsorden IV. Klasse verliehen, im selben Jahr wurde er in der Anstalt Eglfing zum Oberarzt ernannt. In der neueröffneten Anstalt Haar wurde AST leitender Oberarzt. Sein damaliger Vorgesetzter, der Haarer Direktor BLACHIAN lobte ihn: Er ist für die Stelle hervorragend qualifiziert, mit den örtlichen Verhältnissen bestens vertraut und er erfreut sich wegen seines gewandten und verbindlichen Wesens der größten Wertschätzung bei allen (4). Am 1. Dezember 1915 kam AST als Direktor an die unterfränkische Anstalt Werneck. Im Ersten Weltkrieg anfänglich als Stabsarzt und Oberstabsarzt an der Front eingesetzt, übernahm AST später als Chefarzt das Reservelazarett Würzburg. Nach dem Tod VOCKES kehrte er als dessen Nachfolger als Direktor zum 1. Februar 1928 nach Eglfing zurück. AST war als Mitglied des Obermedizinalausschusses, Fachberater des Verbandes der bayerischen Kreistage und sonstiger Körperschaften, Vorstandsmitglied des deutschen und des bayerischen Vereins für Psychiatrie sowie Mitglied des geschäftsführenden Ausschusses der Konferenz der deutschen Anstaltsdirektoren (5) einer der angesehensten Anstaltspsychiatern im bayerischen Raum.

Als stellvertretende Direktoren der Anstalt Eglfing-Haar amtierten seit dem 1. März 1931 Medizinalrat I. Klasse PIUS PAPST (1883 - 1966) und Medizinalrat I. Klasse MORITZ SCHNIDTMANN (1886 - 1971).

PAPST war am 9.5.1883 in Sittenbach als Sohn eines Lehrers ge-

boren. Er studierte in München Medizin und promovierte 1910 über das Thema "Krebs-Statistik nach dem Material der Chirurgischen Klinik zu München vom Jahre 1890-1910" (6). Als Medizinalpraktikant war PAPST an der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing, dem Knappschafts Krankenhaus Hausham bei Miesbach und der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren tätig. Er begann am 13. Juli 1912 in Eglfing, wurde später Assistenz- und Oberarzt und erhielt den Titel eines Medizinalrates.

SCHNIDTMANN, am 13.1.1886 als Sohn eines Buchdruckereibesitzers in München geboren, studierte ebenfalls in München Medizin. Im Ambulatorium der chirurgischen Klinik, der psychiatrischen Klinik und der II. medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München links der Isar leistete er sein Jahr als Medizinalpraktikant ab. Seine 1911 bei KRAEPELIN abgeschlossene Dissertation hatte das Thema "Der Einfluß des Alkohols auf den Ablauf der Vorstellungen" (7). Er begann im Januar 1911 als Assistenzarzt an der Badischen Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch, kehrte im Februar 1912 an die psychiatrische Klinik nach München zurück und wechselte im November desselben Jahres an die Anstalt Haar. Während des 1. Weltkrieges zuerst Chirurg am Reservelazarett Haar, geriet SCHNIDTMANN 1918 kurzzeitig in englische Kriegsgefangenschaft. In den zwanziger Jahren rückte er in Haar zum Oberarzt und Medizinalrat auf.

Am Jahresende 1931 waren außer den genannten noch folgende Ärzte in der Anstalt tätig:

Obermedizinalrat RODERICH MAYR, Fürsorgearzt (8).

Medizinalrat I. Klasse KURT BRANDL (9).

Medizinalrat I. Klasse FRANZ SENDTNER (10).

Medizinalrat I. Klasse MAX THEOBALD (11).

Medizinalrat I. Klasse PAUL WEBER (12).

Oberarzt ANTON EDLER VON BRAUNMÜHL (13).

Oberarzt FRIEDRICH HÖLZEL (14).

Oberarzt HANS MANDEL (15).

Oberarzt ALBERT RÖSCH (16).

Anstaltsarzt HERMANN NADLER (17).

Vertragsärztin CARLA EICHHORN (18).

Vertragsarzt HANS SCHMID (19).

Bei einer Belegung von 2300 Kranken kam ein Arzt auf 167 Patienten. Die Ärzteversorgung entsprach damit den damals üblichen Vorstellungen; Direktor AST bezeichnete ein Verhältnis von 1:180 als wünschenswert (20). Die Aufgaben der Ärzte erstreckten sich auf die klinische Erfassung des Einzelfalles (vgl. 3.2), die individuelle Behandlung und die allgemeine Beschäftigungstherapie (vgl. 3.3). Sie hatten auch dafür zu sorgen, daß die Kranken möglichst frühzeitig auf sogenannte vordere Abteilungen verlegt wurden, wo sich Patienten befanden, deren Zustand sich schon gebessert hatte. Sobald es zu verantworten war, sollten sie dann entlassen werden, damit die Unterbringungskosten niedrig gehalten werden konnten.

Die Ärzte der Anstalt äußerten sich in unterschiedlicher Art und Weise über ihren Beruf. Direktor AST hielt, wie viele andere, den Beruf des Anstaltsarztes für schwierig und entsagungsvoll. Wie er in seinem Vortrag auf der 22. Jahresversammlung des Vereins bayerischer Psychiater im Juni 1929 ausführte, würde nur der sich durch das namenlose Elend, das die Geisteskranken mit ihren Angehörigen darstellen, angezogen fühlen, der auf unmittelbare sachliche und persönliche Erfolge zu verzichten imstande sei. Denn, wie er an anderer Stelle begründete: "Das Wertvolle und Schöne am Beruf pflegt sich erst nach längerer Zeit zu erschließen, und auch nur demjenigen, dem es nicht so sehr auf rasche, greifbare Erfolge ankommt, der mehr geistige oder wissenschaftliche Neigungen hat, sich für die menschliche Psyche interessiert, und zwar nicht nur als Wissenschaftler, sondern als warmherziger Mensch" (21). Damit der Psychiater den hohen ethischen und wissenschaftlichen Anforderungen seines Berufes gerecht werde, müsse er ein feines Einfühlungsvermögen in das Empfinden anderer besitzen. AST stellte enttäuscht fest, daß von den wenigen Ärzten, die sich überhaupt melden, nur wenige wirklich brauchbar seien. Er lehnte Überlegungen, den Beruf des Anstaltsarztes durch eine verstärkte wissenschaftliche Tätigkeit anziehender zu machen, als "Flucht in lohnendere Gefilde" (22) ab.

Die fehlende Befriedigung müsse statt dessen in der "herzhaften

Zuwendung" zum praktischen Beruf gesucht werden; ihn müsse man, den Aufgaben der Zeit entsprechend erweitern und vertiefen. Seiner Auffassung nach bleibt die Anstaltsversorgung solange einseitig und therapeutisch hilflos, wie sie sich darauf beschränkt, für den Kranken innerhalb der Anstalt den richtigen Platz zu suchen. AST forderte statt dessen eine Hinwendung zum einzelnen und einen Ausbau der Außenfürsorge.

AST tritt uns in seinen Ausführungen als ein Arzt entgegen, der sich entschieden und bestimmt äußerte. Er sah die praktische Tätigkeit als die hauptsächliche Aufgabe des Anstaltsarztes an. Dabei war es sein Anliegen, die Kranken wieder aus der Anstalt herauszuführen und sie nicht nur bestmöglichst zu verwahren, wie es in früheren Zeiten üblich gewesen war (vgl. 2.1). Aus seinen langjährigen Erfahrungen kannte er gleichermaßen die schönen wie schwierigen Seiten seines Berufes, zu dessen Ausübung er auch persönliche Voraussetzungen wie Einfühlungsvermögen und Warmherzigkeit für erforderlich hielt. AST ging in seinen Überlegungen nicht näher darauf ein, daß im Vergleich mit anderen medizinischen Disziplinen die Psychiatrie in Bezug auf die Behandlung ihrer Patienten deutlich zurücklag.

Fürsorgearzt RODERICH MAYR (1883 - 1937), der durch seine Tätigkeit viel außerhalb der Anstalt beschäftigt war, schrieb über das Verhältnis des Anstaltsarztes zur Gesellschaft. Er sah ihn in der "undankbaren Stellung eines Veilchens, das im Verborgenen blüht". Er beklagte, daß bisher die Bevölkerung den Beruf des Anstaltsarztes trotz aller Hingabe und Aufopferung nicht genügend gewürdigt habe. "Im Gegenteil, es wird wohl keinen Stand geben, der zum Teil auch heute noch derartigen Vorurteilen und Angriffen ausgesetzt ist, wie der des Anstaltspsychiaters" (23). MAYR führte es auf die Eigenart des Berufes zurück, der den in Betracht kommenden Menschen ein Hauptgut, ihre Freiheit, für längere Zeit entziehen muß. "Sowohl der Kranke selbst als auch meist noch mehr dessen Angehörige stehen deshalb mit großer Verständnislosigkeit, Mißtrauen und Abneigung der Anstalt und den darin tätigen Personen gegenüber" (24). In der offenen Fürsorge sah MAYR ein ideales Mittel, diesem Übel-

stande abzuhelpfen.

Während AST nur nebenbei und ganz allgemein Schwierigkeiten erwähnte, die der ärztliche Umgang mit den Kranken mit sich brachte, hob MAYR deutlich hervor, daß der Arzt in seiner Beziehung zur Gesellschaft nicht die seiner Meinung nach angemessene Würdigung fand. Er erklärte diesen Sachverhalt vernünftig als eine Eigenart des Berufes und bemühte sich um eine Änderung, indem er bei den Betroffenen um Verständnis warb. Damit umging er die Frage, ob die Tätigkeit des Psychiaters auf jeden Fall so gestaltet sein muß, daß er von der Öffentlichkeit abgelehnt wird. Auch sprach er nicht davon, was es für ihn als Anstaltsarzt bedeutete, mit seiner Arbeit am Rande der Gesellschaft zu stehen.

Als Vertreter der jüngeren Ärztegeneration zeigte sich ANTON VON BRAUNMÜHL viel offener als seine Vorgesetzten unzufrieden über seinen Beruf. Er stellte die Frage, was in einem Jahrzehnt sein werde, wenn die Fürsorge ausgebaut und die Arbeitstherapie im Alltag der Anstalt eine Selbstverständlichkeit sein würde. Er kritisierte hart, die sich abzeichnende Trennung in die Klinik als Zentrum der wissenschaftlichen Arbeit einerseits und in die Anstalt als Mittelpunkt praktisch-psychiatrischer Tätigkeit andererseits: die Anstalten würden so zu "fachärztlich geleiteten Erziehungsanstalten für Psychotische. (...) Anstaltsleiter, Ärzte und Pfleger sehen ihr Ziel darin, in mühevoller Arbeit alles noch irgendwie Wertvolle aus ihren Schutzbefohlenen herauszuholen" (25). Sie gehen seiner Meinung nach in ihrem Bemühen zu weit und die "an sich so segensreiche Arbeitsidee" entspricht nicht mehr ärztlichem Fühlen, wenn sie nicht einmal vor den Toren der Siechen- und Altenabteilungen halt macht.

BRAUNMÜHL sah die Anstalt als den rechten Ort, um endlich die klinische Behandlung der Geisteskrankheiten weiterzuentwickeln und eine kausale Therapie wenigstens anzustreben. Als Voraussetzung forderte er eine gute klinische Schulung des Arztes, insbesondere eine neurologische Durchbildung, eine stete Fühlungsnahme mit der klinischen Wissenschaft und für Interessenten die Mitarbeit in den psychiatrischen Hilfswissenschaften wie pathologischer Anatomie oder Serologie. Unumwunden verlangte BRAUNMÜHL aber auch eine wirtschaftliche Besserstellung des Anstaltsarztes: "Für einen

besonderen Beruf - ein solcher ist der unsere und wird es immer bleiben - braucht es besonders geeignete und interessierte Leute; um sie zu bekommen und zu behalten, muß man sie besonders fördern. Alles Selbstverständlichkeiten! (...) Eine durch Dienstbereitschaft und verantwortungsvolles Handeln am Kranken gekennzeichnete Tätigkeit will gewertet werden. Wer mit Berufsidealen kommt, tut gut; besser tut, wer zugibt, daß dort, wo die Aussichten auf Fortkommen schlecht sind, die Berufsfreude und Arbeitskraft leidet" (26).

BRAUNMÜHL hatte klare Vorstellungen davon, wie der Beruf des Anstaltsarztes aussehen könnte. Die rein praktische Tätigkeit, auf deren Ausgestaltung und Verbesserung sich AST und MAYR beschränkten, genügte ihm nicht. Er wollte einen Bereich ärztlichen Handelns wiederbeleben, den die Psychiatrie schon vor vielen Jahrzehnten resigniert verlassen hatte: die kausale Therapie psychischer Erkrankung (vgl. 1.2). BRAUNMÜHL sprach damit aus, was ihm selbst zur Lebensaufgabe werden sollte. Nachdem er sich schon einen Namen als Pathologe erworben hatte, führte er nach 1936 die als kausal angesehenen, neu entwickelten somatischen Behandlungsverfahren in der Anstalt Egglfing-Haar ein (vgl. 4.1 und 4.2).

Der alltägliche Umgang mit den in der Anstalt untergebrachten Menschen lag in den Händen des Pflegepersonals. Es umfaßte in seinen unterschiedlichen Rangstufen neun Pflegersekretäre, 11 Bezirksoberpfleger, 81 Abteilungspfleger, 62 Oberpfleger, 153 Pfleger, 20 Hilfspfleger, 152 Hilfspfleger auf Probe - fast ausschließlich Frauen - und fünf Aushilfspfleger. In der Krankenpflege arbeiteten außerdem sieben Barmherzige Brüder und im Kinderhaus zehn Schwestern des Dritten Ordens. Bezogen auf den Durchschnittsbestand hatte bei den Männern 1931 ein Pfleger fünf Kranke zu versorgen, bei den Frauen betrug das Verhältnis 1:4,58. Die meisten Pfleger hatten bei einem Dienstalter von über acht Jahren langjährige Erfahrung mit psychisch Kranken. 13 waren gar seit mehr als 30 Jahren in einer Anstalt tätig (siehe Tabelle 6). Knapp die Hälfte gehörte der Altersgruppe der 41 - 50-jährigen an. Unter den Pflegerinnen waren etwa 3/4 jünger als 30 mit einem Dienstalter von weniger als acht Jahren. Bei ihnen war der Wechsel größer, da

viele nach ihrer Heirat aus dem Anstaltsdienst ausschieden. Die Direktion bezeichnete die Arbeitsmoral des Pflegepersonals als gut, Krankheitstage und Krankheitsurlaub würden im allgemeinen nicht mißbräuchlich ausgenutzt.

Wie im allgemeinen der ärztliche Nachwuchs durch seine Tätigkeit in der Anstalt geformt wurde, so geschah es auch beim Pflegepersonal. Seine Ausbildung erfolgte in der Anstalt durch den täglichen Umgang mit den Kranken oder in den eigenen Krankenpflegeschulen. Seit Dezember 1922 bestand in Anstalten Eglfing und Haar je eine staatlich anerkannte Krankenpflegeschule. Damit war der alte Wunsch der Anstaltsdirektoren in Erfüllung gegangen, das Personal durch systematische Ausbildung für seinen Beruf geeigneter zu machen. Der damalige Eglfing-Direktor VOCKE hatte dies 1920 so ausgedrückt: "...mehr als je erfordern es die Umstände und der Geist der Zeit, unserem Personal nicht als Vorgesetzte und Beauftragte des Arbeitgebers gegenüberzutreten, sondern auch als Erzieher für ihren Beruf und ihren Stand, durch Bereicherung ihres Wissens und Erweiterung ihrer Erkenntnis Standes- und Ehrgefühl zu heben, Berufsfreude und Berufsbefriedigung zu erwecken, es auf diesem Wege zu höherer Pflichtbewertung zu führen und zu tüchtigen und verlässigen Mitarbeitern des Arztes zum Wohle der Kranken heranzubilden" (27). Nach Vereinigung der beiden Anstalten wurden die bisher getrennten Krankenpflegeschulen zusammengelegt. In zwei Parallelkursen wurden die Schüler während der einjährigen Ausbildung wöchentlich je vier Stunden unterrichtet. Als im April und Mai 1932 die Prüfungen abgelegt wurden, konnte zwölfmal die Note 1 vergeben werden, dreizehnmal die Note 2 und einmal die Note 3. 1931 hatten vom gesamten Pflegepersonal 183 Mitarbeiter die staatliche Prüfung abgelegt.

Am 31. Dezember 1931 waren 2348 psychisch kranke Menschen als Patienten in der Anstalt untergebracht. Es waren mehr als je zuvor, nachdem über das Jahr ihre Zahl um 17 gestiegen war (siehe Tabelle 7). Die Zahl der Menschen, die in der Anstalt untergebracht wurden, erreichte ihren neuen Höchststand vor dem gesellschaftlichen Hintergrund der Weltwirtschaftskrise und hoher Arbeitslosigkeit, die in Bayern wie im gesamten deutschen Reich zu sozial und politisch äußerst unsicheren Zuständen geführt hatte.

In München selbst gab es mit der psychiatrischen Klinik der Universität in der Nußbaumstraße und der psychiatrischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Schwabing zwei Krankenhäuser, die psychisch Kranke als Notfallpatienten aufnehmen und eine erste Behandlung einleiten konnten. Von dort wurden die Kranken in die Anstalt verlegt, wenn sich der Krankheitsverlauf in die Länge zog. Wie der Überblick über die Krankenbewegung im Jahre 1931 zeigt (siehe Tabelle 8), waren die meisten der Anstaltsinsassen diesen Weg gegangen und nur wenige unmittelbar in die Anstalt gebracht worden. Wie in den Jahren vor dem Ersten Weltkrieg (vgl. 1.4) spielte das städtische Milieu Münchens eine nicht zu vernachlässigende Rolle in dem Geschehen, das zum Ausbruch einer psychischen Erkrankung führte. Der Anteil der Kranken, die ihren festen Wohnsitz in der Landeshauptstadt hatten, war bezogen auf die Bevölkerungsverteilung im gesamten Aufnahmebezirk unverhältnismäßig hoch.

Je zur Hälfte erfolgte die Einweisung der Kranken auf Antrag der Angehörigen und nach Art. 80/2 PStGB wegen Selbst- oder Fremdgefährdung. Nur ein einziger Patient meldete sich freiwillig zur Aufnahme. Die Aufgabe der Anstalt lag im wesentlichen darin, Menschen aufzunehmen, die als Gefahr für sich selbst oder andere angesehen wurden, und vor denen sich die Angehörigen oder die Gesellschaft nicht anders schützen konnten.

Eine Entlassung aus der Anstalt erfolgte, wenn der Zustand des Kranken sich gebessert hatte. Von einer echten Heilung wurde sehr selten gesprochen, 1931 nur bei einem einzigen Patienten. Von denen, die als geheilt, gebessert oder ungeheilt entlassen wurden, war die Hälfte weniger als sechs Monate in der Anstalt. Je länger die Kranken dort untergebracht waren, desto unwahrscheinlicher wurde ihre Entlassung. Es war also weniger die Dauer des Anstaltsaufenthaltes oder der Behandlung, die zu einer Besserung führten, sondern eher eine Remission der Krankheit, die von selbst oder durch den Wechsel der Umgebung hervorgerufen worden war.

Hatte sich das Krankheitsbild dahingehend entwickelt, daß sich die Ärzte von einer weiteren Behandlung keinen Erfolg mehr versprachen, wurde der Kranke, sofern er keine Gefahr mehr für sich oder seine Umgebung darstellte, aber weiterhin des geschützten Raumes einer

Anstalt bedurfte, als sogenannter "Endzustand" in eine caritative oder staatliche Pflegeanstalt verlegt. Die wichtigsten unter ihnen waren die Assoziationsanstalt Schönbrunn bei Dachau, das Versorgungsheim der Barmherzigen Brüder in Niederbayern, das St.-Paulus-Stift in Neuötting, die Pflegeanstalt Taufkirchen an der Vils und die Pflegeanstalt Attl bei Wasserburg. Von 1927 bis 1932 wurden 340 Patienten aus Eglfing-Haar dorthin überführt.

Etwa seit 1926 veränderte sich die Zusammensetzung des Krankenbestandes. Zwischen 1926 und 1931 hatten sich die jährlichen Zugänge von 715 auf 510 Menschen verringert. Die Direktion sah die Ursache darin, daß die beiden Münchner psychiatrischen Kliniken immer mehr Patienten bis zu ihrer Entlassung behielten. In der Anstalt nahmen die leichteren, rascher ablaufenden und günstiger zu beeinflussenden Fälle ab, während der Anteil der Kranken, die als unheilbar galten oder landandauernd erregt waren, sich vergrößerte. Die Zahl der Entlassungen ging zurück: 1926 waren es 29,6 % des Bestandes zu Jahresbeginn, 1931 nur noch 21,2 %. Die Direktion verfolgte diese Entwicklung mit Sorge und befürchtete, daß die Anstalt allmählich mit Kranken längerer Verpflegungsdauer überfüllt werde. Als sich die Lage bis Ende der dreißiger Jahre weiter verschärfte, dachten zahlreiche Psychiater und Anstaltsärzte, darunter auch der damalige Direktor von Eglfing-Haar, darüber nach, wie die Anstalten wieder mehr ihrer Aufgabe als Heilanstalten zugeführt werden könnten.

Außer den Erwachsenen waren in der Anstalt auch Kinder untergebracht. Das im Abschnitt Haar gelegene Kinderhaus diente dem Zweck, für psychisch kranke und behinderte Kinder eine angemessene Versorgung ausfindig zu machen, sei es bei den Eltern, in öffentlicher Fürsorge, in einer psychiatrischen Anstalt oder in einer Anstalt für Schwachsinnige. Die Kinder wurden daher eingewiesen zum einen, wenn Fürsorgeerziehung angeordnet war, um herauszufinden, ob sie dafür geeignet seien, zum anderen bei Schwachsinn; falls eine dauernde Anstaltsunterbringung anstand, nahm man eine gründliche ärztliche Untersuchung vor, um sie dann in die am besten geeignete Anstalt einweisen zu können. Im Jahr 1931 war das Kinderhaus durchschnittlich mit 47 sogenannten "geistig abnormen" Kindern belegt, ihre

Zahl lag also geringfügig unter der der Jahre zuvor (siehe Tabelle 9). Da das Kinderhaus vornehmlich Beobachtungsstation sein sollte und in ihm keine Behandlungen durchgeführt wurden, waren die Verweildauer kurz und der Wechsel groß. In diesem Jahr wurden 50 Kinder neu aufgenommen, von denen 16 zwischen sieben und neun, und 19 zwischen zehn und zwölf Jahre alt waren; sieben waren älter, acht waren jünger. Bei 25 Kindern wurde eine Bildungsfähigkeit sowohl in schulischer wie in manueller Hinsicht begutachtet, bei drei weiteren bestand sie nur manuell. 22 schienen nicht bzw. noch nicht bildungsfähig. Bei den meisten mußte das Leiden ohne Aussicht auf ursächliche Behandlung hingenommen werden, denn bei 32 Kindern meinte der Anstaltsarzt, eine erbliche Belastung nachweisen zu können, die er bei 18 auf Alkoholmißbrauch der Eltern zurückführte. Um die Kinder während ihres Anstaltsaufenthaltes zu unterrichten und zu beschäftigen, war eine Lehrerin angestellt. Von den 42 Kindern, die das Kinderhaus 1931 verließen, kehrte die Hälfte in die Familie zurück, die anderen kamen in verschiedene Anstalten. Zu längerem Aufenthalt verblieben nur diejenigen von ihnen, die besonderer Behandlung oder ständiger Überwachung und ärztlicher Kontrolle bedurften, deren Erziehung Schwierigkeiten bereitete oder bei denen wegen nicht näher bezeichneter "asozialer Neigungen" die Unterbringung in einer geschlossenen und nach psychiatrischen Gesichtspunkten geführten Abteilung als notwendig angesehen wurde. Vollendeten sie während ihrer Unterbringung im Kinderhaus das 15. Lebensjahr, wurden sie zu den Erwachsenen verlegt, wie es 1931 mit vier Kindern geschah.

Die erwachsenen Insassen waren entsprechend der Schwere ihres Krankheitsbildes und nach Geschlechtern getrennt und in verschiedenen Gebäuden untergebracht, wodurch eine individuelle Behandlung erreicht werden sollte. Es gab getrennte Stationen für besonders pflegebedürftige Kranke, Unreine und Sieche, Unruhige, Halbruhige und Ruhige, offene und geschlossene Abteilungen mit oder ohne nächtlicher Wache. Die sogenannten festen Häuser, von denen es in Eglfing und Haar je zwei gab, waren unruhigen Kranken bzw. nach § 81 StPO sicherheitsverwahrten Kriminellen vorbehalten.

Durch Berichte, wie sie im Februar 1934 in Münchner Tageszeitungen erschienen (vgl. 5.3), haben wir Gelegenheit zu erfahren, wie Aus-senstehende, deren Blick nicht durch fachliche Erwägungen bestimmt war, das Leben in der Anstalt wahrnahmen (28).

Ein Besucher schilderte seine Beobachtungen von verschiedenen Krankenabteilungen: "Ein 'halboffenes Haus' für Frauen macht einen ganz harmlosen Eindruck. Die Insassinnen beschäftigen sich mit Nähen, Stricken oder anderen Handarbeiten. Aber diese Harmlosigkeit ist durch das Anstaltsmilieu bedingt. Die meisten von ihnen würden draußen rückfällig werden, in schlechte Gesellschaft geraten und verwahrlosen. Sie sind eben den Anforderungen des Lebens nicht mehr gewachsen. (...) Das 'Unruhigen-Haus' macht seinem Namen alle Ehre. Manche dieser Unglücklichen - es sind in der Hauptsache Schizophrene und schwere Epileptiker - sitzen stumpfsinnig da, zum Teil mit ganz verblödetem Gesichtsausdruck, andere gestikulieren heftig mit den Armen und Händen, schreien und schimpfen, daß die Wärter oft gerade zu tun haben, sie zu beruhigen. (...) In den Unruhigen-Abteilungen der Frauen ist es etwas besser. Die Frauen und Mädchen sitzen recht melancholisch herum, manche freilich schreien auch und kreischen. Arbeit z.B. in der sehr ausgedehnten Wäscherei ist auch hier, wenn nicht ein Heil-, so doch ein Ablenkungsmittel. Hilft auch das nichts, so gibt's auch hier Isolierzelle oder Dauerbad. Das 'Feste Haus' oder auch das 'Kriminelle Haus' genannt, ist eines der wenigen, die vergitterte Fenster haben. 'Ihr seid die Narren, ihr gehört eingesperrt, nicht wir' oder 'Lassen Sie sich von dem Professor nichts weismachen, der verdreht alles' oder 'Ich bin vollständig zu Unrecht im Irrenhaus'. Dies und ähnliches kann man immer wieder beim Durchgehen hören. Einer steigt auf den Stuhl und hält eine gewaltige Rede, die anderen jubeln ihm Beifall zu. Als der Direktor einen Patienten fragt: 'Nun, wie geht es Ihnen, kennen Sie mich.' antwortet der Gefragte ganz gereizt: 'Wie können Sie mich nur so fragen. Sie wissen ganz genau, daß ich der Schutzmann R. bin und Sie sind der von mir am Marienplatz verhaftete Schwindler'." (29)

Ein anderer Besucher faßte seine persönlichen Eindrücke vom Rundgang durch die Anstalt unter dem Titel "Lebendig und doch tot!" zusammen. Er beschrieb Bilder des Grauens: "Stiere Augen starren aus verzerrten Gesichtern. Andere erglühen im fieberhaften Glanz. Grinsende Fratzen, die mit Menschenantlitz fast keine Ähnlichkeit mehr haben. Gellende Zurufe überfallen lähmend den Eintretenden. Angstschreie und wirres Lachen. An einer Wand hat sich um einen Tisch eine Gruppe Irrer zusammengedrückt wie eine Herde verscheuchter Tiere. Persönliche Beziehungen zur Außenwelt scheinen mitunter vollkommen unterbrochen. Die Bewegungen sind zwecklos, sinnlos. Typische Fälle von Schizophrenie. Verkrümmte und verkrampfte Hände in tollen Bewegungen. Innere Erregungszustände scheinen nur dumpf und verworren empfunden zu werden. Epileptiker mit Krampfanfällen, mit zuckenden Körpern. Man durchschreitet einen Saal mit liegenden Kranken, siechen Irren. Oft sind es nur mehr mit Haut überzogene Skelette. Andere liegen in unmöglichen Stellungen, lallen traumhaft, verworren. Dämmern, vegetieren in den Tag hinein, in die Nacht hinüber. Was ist ihnen Zeit, was Raum? Vorstellung, Handeln, Wollen, alles ist verschoben. Ideenverbindungen haben aufgehört. Ein Tobsüchtiger donnert gegen eine eiserne Türe (...) Man sieht auch freundlichere Bilder. Säle, in denen Halbgenesene sich ihrer Arbeit hingeben. Sie machen den Eindruck von vollkommen Normalen. Die Anstaltsumgebung, der Aufenthalt unter ihresgleichen, haben hier bessernd gewirkt. Dem freien Dasein wieder zurückgegeben, würden viele wieder rückfällig werden" (30).

In diesen Berichten schrieben Laien, wie sie psychisch kranke Menschen in der Anstalt erlebten. Was sie mit so viel Entsetzen und Abwehr erfüllte, waren während eines langen Berufslebens für Ärzte und Pfleger alltägliche Erfahrungen.

### 3.2 Die wichtigsten Krankheitsbilder

Bei den Patienten der Anstalt herrschten die Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises vor (siehe Tabelle 10). Am 31.12.31 waren es 63,9 % aller Insassen, die diese Diagnose erhalten hatten. In wesentlich geringerem Maße kamen im Krankengut der Anstalt vor: das sogenannte manisch-depressive Irresein (7,0 %), die progressive Paralyse (5,4 %), angeborene und früherworbene Schwachsinnszustände (5,3 %) und die Epilepsie ohne nachweisbare Ursache (5,0 %). Eine gewisse Bedeutung hatten die psychopathischen Persönlichkeiten, psychische Störungen des höheren Lebensalters und der Alkoholismus. Andere psychische Krankheiten waren ausgesprochene Seltenheiten.

Wir wollen im folgenden die wichtigsten Krankheitsbilder vorstellen. Wir beziehen uns dabei auf das "Lehrbuch der Geisteskrankheiten" von OSWALD BUMKE (1877 - 1950), das 1929 in dritter Auflage erschien. BUMKE war zu dieser Zeit Ordinarius für Psychiatrie an der Münchner Universität und Direktor der Psychiatrischen Klinik sowie Herausgeber eines mehrbändigen Handbuches der Psychiatrie.

Schizophrenie bezeichnete damals in der Sprache der Wissenschaft einen in jungen Jahren einsetzenden Zerfall der Persönlichkeit, von dem Frauen häufiger betroffen waren als Männer. Wegen des möglichen Ausganges in "Verblödung" bezeichnete KRAEPELIN diese Erkrankung mit dem Begriff "Dementia praecox". Da eine äußere Ursache nicht zu erkennen war, wurde eine nicht näher faßbare erbliche Anlage als wesentlich für die Krankheitsentstehung angenommen: bei den einen erzeugt allein die Anlage die Psychose, bei den anderen führt die Anlage und eine von außen kommende Schädigung dazu, bei den dritten ist es die Anlage und eine ganz andere Seelenstörung. BUMKE bezeichnete den Versuch, die Erkrankung auf psychische Ursachen zurückzuführen, als eine Verirrung, niemand könne an den körperlichen Grundlagen dieser Krankheit zweifeln. Denkstörungen stehen im Vordergrund der Krankheitserscheinungen. Sie vermitteln oft den Eindruck, als seien große Teile

des Seelenlebens auseinandergespalten, die nun nichts mehr voneinander wüßten und von denen jeder für sich abwechselnd die Persönlichkeit darstelle. Hinzu kommen überaus häufig katatonische Symptome, also motorische Erscheinungen, die selbständig, unabhängig von Überlegung, Gefühl und Wille auftreten und sich in einem Zuwenig an Bewegung als körperliche Starre - dem Stupor - äußern oder in einem Zuviel als langdauernde Erregung. Als charakteristisch für die Erkrankung gelten die Sinnestäuschungen, wobei die des Gehörs vorherrschen. Eine Stumpfheit des Gemüts, die von heftigen Gefühlsausbrüchen unterbrochen werden kann, zeichnet den Affekt aus, wobei immer ein Mißverhältnis zwischen Anlaß und Reaktion besteht. Die Schwierigkeit eines Arztes, mit einem an Schizophrenie erkrankten Patienten in Beziehung zu treten, wurde damit erklärt, daß bei den Kranken eine Veränderung ihres Innenlebens, eine intellektuelle Neueinstellung stattgefunden habe, die ihn von den Gesunden trenne. "...die Kranken erleben nicht dasselbe wie der Gesunde; nicht bloß ihr Denken, sondern auch ihre Wahrnehmungswelt ist von Grund auf geändert. So ist es kein Wunder, daß unser Verstehen dieser Krankheit gegenüber versagt, und es ist ebenso natürlich, daß die Patienten die Gesunden nicht mehr verstehen" (31). Wer an Schizophrenie erkrankte, wurde also zu einem anderen Menschen.

Eine Erhebung an Patienten der Münchner Psychiatrischen Klinik ergab, daß nach Abklingen des ersten akuten Schubes bei über der Hälfte der Kranken eine Remission erfolgte, so daß bei ihnen gar kein oder nur ein leichter Schaden, der sogenannte "Defekt" oder gar nichts zurückbleibt. Über ein Viertel der Kranken muß jedoch schon zu diesem Zeitpunkt in die Anstalt überführt werden, wo sie dann im allgemeinen für längere Zeit oder sogar bis ans Ende ihres Lebens verbleiben. Die übrigen können zwar entlassen werden, aber die Krankheit hat ihr persönliches Wesen deutlich verändert. Jeder weitere Schub verschlechtert die Prognose, und unter Umständen endet die Krankheit in einem Zustand, der als Verblödung bezeichnet wird, obwohl er weniger von einem Verlust der intellektuellen Fähigkeiten gekennzeichnet ist, als vielmehr von einer durch Stumpfheit und Interesselosigkeit bestimmten Veränderung des Affektes.

Der Verlauf der Erkrankung konnte ursächlich nicht beeinflusst werden, denn so glaubte BUMKE: "Eine kausale Behandlung der Schizophrenien wird solange unmöglich sein, als wir die körperlichen Grundlagen und die Pathogenese dieser Leiden nicht kennen" (32). Es hatte sich jedoch gezeigt, daß das Verhalten der Kranken sich besserte, wenn man sie nicht mehr, wie früher üblich, einsperrte und isolierte, sondern sie in der Arbeitstherapie beschäftigte und möglichst frühzeitig nach Hause entließ. Unabhängig von der Möglichkeit der Vererbung wurde den betroffenen Menschen von einer Heirat abgeraten, da jederzeit ein neuer Schub auftreten und ihre Existenz gefährden könne. Sie blieben gesellschaftliche Außenseiter, auch wenn in ihrem Verhalten nichts mehr an die frühere Erkrankung erinnerte.

In einer Veröffentlichung aus dem Jahre 1928 beschrieb RUDOLF JASER aus Eglfing, wie sich das hohe Lebensalter auf Prägung und Verlauf von schizophrenen Prozessen auswirkt, deren Ablauf über Jahrzehnte zu überblicken ist (33). Weil diese Frage in der Literatur bisher wenig beachtet worden war, untersuchte er 16 Kranke der Eglfingener Anstalt. Ihr Durchschnittsalter betrug 72,4 Lebensjahre und sie hatten sich bei einer Spanne von 15 bis 57 Jahren durchschnittlich 32,1 Jahre in der Anstalt aufgehalten. Er stellte fest, daß bei der Hälfte der Kranken das Greisenalter die schizophrene Erkrankung nicht beeinflusst, bei den anderen tritt sie gegenüber den arteriosklerotischen Veränderungen vollkommen zurück. Bei einer weiteren Gruppe von Kranken nehmen die Wahnideen und Trugwahrnehmungen im Alter ab, einige werden heiterer und offener. Die Verschiedenartigkeit der Befunde dürfe nicht verwundern, so führte JASER aus, da schon die Schizophrenie als Krankheit sehr verschiedenartige Verläufe zeige und die Altersatrophie des Gehirns sich auch bei Gesunden unterschiedlich auswirke. Er führte also die beobachteten Änderungen im Verhalten der Kranken auf ihre Alterung zurück.

Das manisch-depressive Irresein war im Gegensatz zu den Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises eine Psychose, die eher Menschen in den gehobenen Schichten der Gesellschaft traf. Es beginnt selten vor der Pubertät, tritt am häufigsten im dritten Lebensjahrzehnt auf und fällt in der Häufigkeit der Ersterkrankungen nach dem Rückbildungsalter ab. Frauen sind doppelt so häufig

fig wie Männer betroffen. Es wurde angenommen, daß es bei gegebener Veranlagung oft seelische Ursachen oder körperliche Schädlichkeiten sind, die eine Phase auslösen. BUMKE drückte es so aus: "Der Kranke würde ohne diesen Anlaß jetzt nicht krank geworden sein; aber er wäre auch trotz des Anlasses gesund geblieben, wenn er nicht seine Konstitution in sich trüge" (34). Ein traurig-ge-drückter Gesichtsausdruck, eine Hemmung aller geistigen Fähigkeiten, das Fehlen jeder Entschlußkraft, eine hoffnungslose und kleinmütige Stimmung, Angst, hypochondrische und paranoide Ideen kennzeichnen die reine Melancholie. Eine Steigerung des Lebensgefühls, eine Neigung zu fortschreitender Beschäftigung bei vermindertem Schlafbedürfnis, fixierte Größen-, aber auch Beeinträchtigungs-ideen prägen die Manie. Die beiden Formen des manisch-depressiven Irreseins kommen einzeln, abwechselnd oder gemischt vor. In 40 % der Fälle bleibt die erste Erkrankung die letzte, bei den übrigen wiederholen sich Phasen unterschiedlicher Dauer ein Leben lang in zeitlich unregelmäßigen Abständen, wobei im Alter die Depressionen zunehmen.

Wie bei den Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis mußte BUMKE auch beim manisch-depressiven Irresein feststellen: "Da wir die körperlichen Grundlagen der manisch-depressiven Erkrankungen nicht kennen, verfügen wir über keine kausale Therapie. Alle Versuche, die in dieser Hinsicht bisher vorliegen, sind fehlgeschlagen" (35). Der Arzt konnte nur symptomatisch behandeln: bei Selbstmordneigung die Anstaltsbeobachtung anordnen, bei Angst oder Erregung ein beruhigendes Medikament verabreichen, dem Kranken freundlich zuhören, ihm ruhig zusprechen und versuchen, ihm das Krankhafte seiner Hemmungen klarzumachen. Eines war jedoch sicher, nämlich daß im großen und ganzen der Kranke nach jedem Anfall wieder zu seinem Grundtemperamente zurückkehrte und keinen dauernden Schaden behielt. Insofern hatte das Krankheitsbild etwas Beruhigendes an sich, worin es sich von allen anderen psychiatrischen Erkrankungen unterschied.

Die progressive Paralyse war die einzige unter den wichtigen psychiatrischen Krankheiten, deren organische Ursache bekannt war. Die Aussage "Nur wo Lues ist, kann eine Paralyse entstehen!" galt als unbestritten, auch wenn noch offen blieb, warum nur etwa drei Prozent aller an einer Lues erkrankten Personen nach einer Latenz-

zeit von drei bis 35 Jahren die Symptome einer Paralyse entwickelten. Wenn Männer zwischen dem 30. und 55. Lebensjahr erstmals psychische Störungen zeigen, muß differentialdiagnostisch zu allererst an eine Paralyse gedacht werden. Anfangs ist nur eine Vergröberung der Persönlichkeit zu bemerken, später verschlechtern sich die psychischen Funktionen fortlaufend, insbesondere die des Gedächtnisses, Denkens, Handelns und Urteilens. Das Gesicht wird leer und ausdruckslos, die Bewegung plump und hölzern, das Mienenspiel erlischt. Die Kranken verbringen ihre Tage ohne Einsicht in ihr Leiden meist in euphorischer Stimmung, mit tonloser Stimme bizarre Größenideen vor sich hinsprechend. BUMKE beschrieb den weiteren Fortgang des Prozesses: "Alle höheren geistigen Regungen hören auf, der Patient hat höchstens noch für seine unmittelbaren, sinnlichen Bedürfnisse Interesse, kennt seine nächsten Angehörigen nicht mehr, und am Ende liegt er teilnahmslos und stumpf vor sich hin lallend oder mit den Zähnen knirschend, im Bett, muß gefüttert und sauber gehalten werden und ist in diesem rein vegetativen Dasein in vieler Hinsicht hilfloser als ein ganz kleines Kind" (36). Durchschnittlich zwei Jahre und fünf Monate nach den ersten Krankheitsanzeichen tritt im Zustand allgemeiner Auszehrung und Verblödung der Tod ein.

Aus der Beobachtung, daß Fieber akute Psychosen beeinflussen konnte, hatte JULIUS WAGNER-JAUREGG (1857 - 1940) ab 1917 die sogenannte Malariatherapie der progressiven Paralyse entwickelt. Die Patienten wurden mit Malariaerregern geimpft und mehreren Fieberanfällen ausgesetzt. In der psychiatrischen Klinik München zeigte nach der Behandlung ein Drittel der Kranken eine vollkommene Remission, d.h. der Prozeß konnte zum Stillstand gebracht werden; als "Defekte" bezeichnete, krankheitsbedingte Persönlichkeitsveränderungen blieben jedoch unbeeinflusst. Etwa jeder siebte Patient starb unter der Behandlung (37). Trotz aller Einschränkungen bot die Malariatherapie die einzigartige Möglichkeit, ein psychiatrisches Krankheitsbild auf somatischem Weg, der als einzig wirkungsvoller galt, behandeln zu können.

Obwohl die Erkrankungshäufigkeit an progressiver Paralyse ab-

nahm und diese Krankheit dadurch in den Anstalten mehr und mehr von ihrer früheren herausragenden Stellung verlor, war sie für die Wissenschaft unverändert von großer Bedeutung. Denn wegen der bekannten organischen Entstehung und der bekannten somatischen Therapie war sie das Modell psychischer Krankheit schlechthin. Wie sie auf die Spirochäteninfektion zurückzuführen war, so hoffte man, durch weitere Forschungen auch bei anderen Krankheitsbildern einen Erreger zu entdecken.

Der Begriff der angeborenen und im frühen Kindesalter erworbenen Schwachsinnszustände faßte Krankheitsbilder zusammen, deren Ursache zwar verschieden, deren Wirkung aber gleich war. Ererbte Deblilität, Fruchtschädigung, innersekretorische Störungen oder erworbene Hirnkrankheiten haben die anatomischen Voraussetzungen der geistigen Entwicklung zerstört, bevor sie überhaupt stattfinden konnte. Die Schädigung ist unterschiedlich ausgeprägt und reicht vom "tiefsten tierischen Blödsinn - der oft wirklich weit unter der Itnelligenz vieler Tiere steht" (38) bis zu den leichtesten Graden der Deblilität, die von der "physiologischen Dummheit" nicht mehr unterschieden werden kann. Bestimmt wird das Krankheitsbild von der Urteilsschwäche, die die Kranken daran hindert, andere als sinnliche Erfahrungen zu machen, von Einzelheiten zu größeren Gesichtspunkten und zu klaren Begriffen zu gelangen. "Sie bedingt den naiven, gradlinigen Egoismus und das groteske Selbstbewußtsein, das so viele Imbezille zur Schau tragen und zugleich die Leichtgläubigkeit und Beeinflußbarkeit, vermöge deren sie sich alles einreden und zu allen möglichen Dingen bestimmen lassen. Es ist klar, daß Kranke mit diesen Eigenschaften sozial scheitern müssen (...) Es ist klar, daß es zur Ausbildung höherer ethischer Begriffe bei solchen Menschen nicht kommen kann" (39). Wenn die Intelligenz erhalten war, wurde das alleinige Fehlen von ethischen Werten als moralischer Schwachsinn bezeichnet, den BUMKE als ein besonderes Problem ansah.

Die Verhütung von Schwachsinnszuständen hielt BUMKE für die wichtigste ärztliche Aufgabe. Ansonsten blieb nur die symptomatische Behandlung. Bei leicht imbezillen und debilen Kranken schlug er den Hilfsschulunterricht vor, da so die soziale Brauchbarkeit ge-

steigert werden könne, während seiner Meinung nach "ausgesprochene Idioten" schon im Interesse der anderen Kinder und des häuslichen Friedens möglichst frühzeitig aus der Familie entfernt werden sollten.

Mit genuiner Epilepsie wurde eine Krankheitsgruppe bezeichnet, die zwar nicht scharf zu umgrenzen, der aber eine Reihe körperlicher und seelischer Befindlichkeiten und häufig eine allmählich fortschreitende Umgestaltung der Persönlichkeit eigen war. Die Erkrankung beginnt meistens vor dem 20. Lebensjahr. Zu den verschiedenen Formen, in denen sie sich äußert, gehören einmal der klassische epileptische Krampfanfall, für dessen Entstehung vorübergehende Gefäßkrämpfe mit Blutsperre im Gehirn verantwortlich gemacht wurden, zum anderen die Absence, ferner der epileptische Dämmerzustand, während dessen etwa 14-tägiger Dauer die Kranken zu plötzlichen und unberechenbaren Gewaltausbrüchen neigen, und schließlich die epileptische Verstimmung, die zwar im Gegensatz zu den anderen Formen ohne Bewußtseinstörung, aber mit großer innerer Unruhe und Spannung einhergeht. Ohne daß die Lebensgeschichte des Kranken näher in Betracht gezogen wurde, stand fest: je öfter sich die Anfälle ereignen, desto schneller entwickelt sich eine dauernde Wesensveränderung, die sogenannte epileptische Verblödung.

"(Sie) wird gekennzeichnet durch eine Verlangsamung aller psychischen Vorgänge und insbesondere durch eine Erschwerung des Gedankenganges in Form einer zunehmenden Umständlichkeit und einer fortschreitenden Verarmung des Denkstoffes" (40). Wenn die Persönlichkeitsveränderung fortschritt, wurde die Einweisung in eine Heil- und Pflegeanstalt oft unumgänglich. BUMKE beschrieb diese Kranken als mürrisch und verstimmt, viele seien reizbar und rücksichtslos und nur ein kleiner Rest stumpf und teilnahmslos. Jeder einzelne denke bloß an sich, bestehe rechthaberisch und mit pedantischer Genauigkeit auf seinem Schein.

Die Angst war groß, daß die Kranken ihr unheimliches Leiden auf ihre Kinder übertragen könnten. BUMKE betrachtete es als eine Aufgabe des praktischen Arztes, "die Eheschließung den Kranken unter allen Umständen zu verbieten" (41). Um die Zahl der Anfäl-

le zu vermindern und damit die Auswirkungen der Erkrankung zu verringern, empfahl er eine geregelte Lebensführung, eine reizlose und fleischarme Kost, den Verzicht auf Alkohol und die Gabe der Medikamente Brom und Luminal. Trotz aller Vorsichtsmaßnahmen drohte aber immer die Gefahr, daß ein plötzlicher Anfall schwere Verletzungen oder den Tod des Kranken verursachte.

IRENE BRUCKMÜLLER, eine Mitarbeiterin des pathologischen Institutes in der Anstalt Eglfing-Haar, untersuchte den plötzlichen Anfallstod bei Epilepsie, indem sie ihn in Beziehung setzte zu meteorologischen Veränderungen (42). Sie zeichnete dafür sowohl die Wettervorgänge, die sich zum Zeitpunkt des Todes, als auch diejenigen, die sich zum Beginn des zum Tode führenden Status abspielten, auf. Ihre Untersuchung ergab, daß der Wetterumschwung, insbesondere der mit Kaltfrontdurchzug mit dem Anfallstod in einwandfreiem Zusammenhang stand. Auch wenn BRUCKMÜLLER selbst diese Schlußfolgerung nicht zog, legte das Ergebnis ihrer Arbeit nahe, das Krankheitsgeschehen als Schicksal hinzunehmen, da es Bedingungen zu unterliegen schien, die von Menschen nicht beeinflußt werden konnten.

### 3.3 Der Umgang mit den Kranken

Um 1930 bestimmte in Eglfing-Haar, wie anderswo auch, die Arbeits-therapie das tägliche Leben der Menschen in der Anstalt.

HERMANN SIMON (1867 - 1947) hatte schon vor dem Ersten Weltkrieg begonnen, in den von ihm geleiteten Anstalten Warstein und Gütersloh Kranke entsprechend ihren Fähigkeiten zu verschiedenen Arbeiten heranzuziehen. Aber erst als er Mitte der zwanziger Jahre auf

einem wissenschaftlichen Kongreß eher beiläufig von seinen Erfolgen berichtete, wurde die Fachwelt auf ihn und sein Werk aufmerksam. SIMON betonte zurecht immer wieder, er habe nichts grundsätzlich Neues eingeführt. Er tat, was sowohl in den Zucht- und Tollhäusern des 18. Jahrhunderts wie in den Irrenanstalten des 19. Jahrhunderts üblich gewesen war: Denn auch dort stellte Arbeit einen wesentlichen Teil der Behandlung dar (vgl. 1.2). Was jedoch SIMON von seinen Vorläufern unterschied, war die Bedeutung, die er der Arbeit als einer Form von Psychotherapie beimaß. Viel stärker als seine Kollegen sah er die Symptome der psychischen Krankheiten von der Umwelt und vom Anstaltsmilieu geprägt; denn sie begünstigten die Ausbildung abnormer und asozialer Verhaltensweisen. Er faßte seine Auffassung mit den Worten zusammen: "Die Wurzel alles Übels (...) liegt in der Untätigkeit" (43). Jeder Kranke, auch der Neuaufgenommene müsse einer ihm angemessenen Beschäftigung zugeführt werden. Nach und nach sollten dann die Anforderungen an seine Leistungsfähigkeit gesteigert werden, um ihn wieder an ein soziales und werktätiges Leben im Kreise der Mitmenschen zu gewöhnen. Für ihn war die Arbeitstherapie ein therapeutisches Mittel; sie wurde nicht angewandt, um etwas zu produzieren, sondern um die Patienten in ihren gesunden Funktionen zu fördern und zu üben.

Es war das Anliegen von SIMON, seine Patienten wieder in die Gesellschaft zurückzuführen und sie nicht in der Anstalt ohne Hoffnung dahindämmern zu lassen. Er war von ihrem Elend betroffen, wehrte es aber nicht ab, sondern begann mit großer Entschlossenheit, es zu ändern. Für ihn war die Arbeitstherapie "aktivere Krankenbehandlung", denn aktiv sei jede Therapie, die etwas zum Besseren ändern wolle. Mehr Aktivität bedeutete für ihn, mit überlegtem Handeln und zähester Ausdauer zu versuchen, Schwierigkeiten zu überwinden und bei anfänglichen Mißerfolgen nicht aufzugeben, bis ein Weg gefunden war, der vorwärts führte. Er verlangte vom Arzt, seine Patienten genau zu kennen und sie entsprechend ihren Fähigkeiten in der Arbeit einzusetzen. Er war deshalb der Auffassung, daß der beste Teil der aktiveren Therapie sich nicht in den Muskeln der "fleißig arbeitenden" Kranken abzuspielen habe oder in den Fäusten der die "unsozialen" Kranken bändigenden Pfleger, son-

dern im Gehirn des behandelnden Arztes (44). Seine Arbeitstherapie glich einer Erziehung, in der die Kranken durch eine von außen gestellte Forderung, nämlich die Arbeit, an das Ziel einer Wiedereingliederung in die Gesellschaft herangeführt werden sollten. Der eigene Wunsch des Kranken, wieder gesund zu werden, wurde als treibende Kraft nur wenig miteinbezogen.

SIMONS Erfolge weckten bei vielen Anstaltsärzten neue Hoffnungen, daß durch eine entschlossene Behandlung der Zustand ihrer Patienten gebessert werden könne. Zahlreiche Besuchergruppen besichtigten die Gütersloher Anstalt, um an Ort und Stelle zu erfahren, wie die Arbeitstherapie durchgeführt wurde. Vom 25. bis 29. September 1926 tat dies auch der Haarer Anstaltsarzt HÖLZEL. Ihm war als Stationsarzt die Aufgabe zugewiesen worden, in der Anstalt Haar die Arbeitstherapie auf den Abteilungen für weibliche Kranke einzuführen.

Schon einige Monate zuvor hatte der Haarer Direktor BLACHIAN auf einer Studienreise die in bezug auf Arbeitstherapie vorbildlichen Anstalten Gütersloh und Konstanz besucht. In seinem Bericht an die Regierung von Oberbayern äußerte er sich zu der Frage, inwieweit die Gütersloher Erfahrungen auf seine Anstalt übertragen werden könnten. "Die restlose Heranziehung aller Kranken, die in Gütersloh gelungen ist, wird allerdings hier schwerlich zu erreichen sein. Denn 1. steht einer solchen Lösung im Wege die Bauart unserer Anstalten und 2. der Volkscharakter ihrer Insassen. Der Niederdeutsche ist ruhiger und wohl auch fügsamer, der Süddeutsche im allgemeinen lebhafter und was besonders von unseren Kranken gilt, um ein gut Teil eigenwilliger" (45). Trotzdem hielt er die Umsetzung des Gesehenen für möglich und erforderlich, im Interesse der Kranken dürfe nicht länger gezögert werden.

Im August 1926 wurde in der Anstalt Haar mit der Arbeitstherapie begonnen. Im Jahresrückblick hob BLACHIAN hervor, daß dank der eifrigen Mithilfe des Personals in wenigen Monaten ein eindrucksvoller Erfolg erzielt worden sei (46). Er betonte besonders, daß es gelungen war, die Kranken aus der unruhigen Frauenabteilung einer regelmäßigen Arbeit zuzuführen. Von der Art der Beschäftigung her bewährten sich Bastarbeiten, da zu ihnen auch selbstgefährliche Kranke herangezogen werden konnten. "Eine große Aus-

stellung von Bastschuhen, Teppichen, Vorlagen usw. gibt Zeugnis davon, was in dieser Hinsicht bereits geleistet wurde. Vervollständigt wird das Bild durch eine Reihe kleinerer Webstühle, auf denen rührige Hände mit Herstellung von Scheuertüchern für den Hausgebrauch beschäftigt sind" (47). Die Männer wurden außer mit Garten- und Feldarbeit hauptsächlich in der anstaltseigenen Zigarrenfabrik beschäftigt, wo innerhalb eines Jahres 100.000 Stück einer aus überseeischen Tabaken gefertigten Zigarre hergestellt worden waren. Das Kleben von Tüten blieb auf wenige Abteilungen für gewalttätige und demente Kranke beschränkt. Im folgenden Jahr erfuhr die Arbeitstherapie eine weitere Ausdehnung, indem noch eine Teppichknüpferei und eine Korbflechtereie eingerichtet wurden.

Die Direktion der Anstalt Eglfing äußerte sich, nachdem die Arbeitstherapie ein Jahr lang angewandt worden war, noch zurückhaltend: "Ihr wohlthätiger Einfluß macht sich nach vielen Richtungen schon deutlich bemerkbar, indessen muß ehrlicherwise zugestanden werden, daß das Hauptziel, nämlich die Beruhigung der erregten Kranken, noch nicht erreicht ist. Unsere unruhigen Wachabteilungen zeigen, obwohl auch dort eifrig gearbeitet und von Bettbehandlung so weit wie möglich Abstand genommen wird, teilweise noch das alte Bild" (48). Bei den Männern war zu diesem Zeitpunkt der Anteil der Beschäftigten schon von durchschnittlich 38 % auf 75 % gestiegen, bei den Frauen von 40 % auf 60 %. Das Ziel sei, so schrieb Direktor AST 1928, alle körperlich dazu fähigen Insassen zur Arbeitstherapie heranzuziehen.

Bei AST trat neben den therapeutischen Zweck der Arbeitstherapie, nämlich das Befinden der Kranken zu bessern, der ökonomische; er hoffte, dadurch Einsparungen im Anstaltswesen zu erreichen. Angesichts der wirtschaftlichen Notlage hielt er es für erforderlich, den Anstaltsbetrieb zu rationalisieren. Dafür war ihm die Arbeitstherapie das rechte Mittel. "Nirgends soll eine Arbeit von einem Gesunden gemacht werden, die durch einen Kranken geschehen kann" (49). Die Größe der Anstalt erwies sich dabei allerdings als hinderlich. AST beklagte, daß sie die Übersicht über die Kranken und ihre Zusammenfassung zu Arbeitsgruppen erschwerte und zu großen Entfernungen zwischen den Abteilungen und den im Freien gelegenen Arbeitsstätten führte. Außerdem waren die

Tagesräume oft zu klein, so daß keine ausreichende Zahl von Arbeitsplätzen angeboten werden konnte.

Trotz der Schwierigkeiten verfolgte die Eglfinger Direktion ihr Ziel, die Zahl der Beschäftigten zu erhöhen und die Kosten für den Anstaltsbetrieb zu senken, weiter. So wurde in der Wäscherei eine zusätzliche Handwäscherei eingerichtet, in der weibliche Kranke arbeiten konnten. Weil dort gute Erfahrungen gemacht wurden, folgte später eine weitere im Keller von Haus 22, dem "festen Haus" für Frauen. Das "Feste Haus" für Männer wurde in ein "Arbeitshaus" umgewandelt. Dadurch konnte der größte Teil des Gesamtbedarfs an Brennholz für die Anstalt, den Gutshof und die Anstaltsbeamten selbst hergestellt werden. Diese Arbeit wurde unter ausschließlicher Verwendung von Handsägen geleistet, da Hackbeile an die Kranken auszugeben als zu gefährlich angesehen wurde. Andere männliche Arbeitsgruppen waren bei der Umgestaltung der Gartenanlagen, zu Erdarbeiten und Ausholungen eingesetzt. Selbst durch so einfache Tätigkeiten wie das Schieben von Karren wurden manche früher als ganz unzugänglich und autistisch erlebte Patienten mobilisiert und sie konnten später sogar höherwertigen Beschäftigungen zugeführt werden. Für die Arbeit im geschlossenen Raum gab es eine Buchbinderei, eine Bast- und eine Korbflechterei; Staniol wurde sortiert und es wurden alte, von der Postbehörde zur Verfügung gestellte Telefonapparate zerlegt.

Zum Jahresende 1931 waren in der vereinigten Anstalt Eglfinger-Haar durchschnittlich 82,1 % der Männer und 83,5 % der Frauen beschäftigt - die Frauen meistens mit diversen Handarbeiten, die Männer in der Hausindustrie (siehe Tabelle II). Wenn jemand nicht in der Arbeitstherapie eingesetzt werden konnte, so geschah dies entweder aus körperlichen Gründen wie Alter oder Krankheit oder aus solchen psychischer Art, wobei die Direktion im einzelnen zwischen Erregungszuständen und Stupor sowie Depressionszuständen unterschied und die übrigen, die nicht in diese Kategorien paßten, unter der Bezeichnung "sonstige refraktäre Fälle" zusammenfaßte. Wer damit gemeint war, wurde nicht weiter ausgeführt. Der Versuch, auch diese Kranken zur Arbeit heranzuziehen, unterblieb erst dann, nachdem er mehrmals erfolglos wiederholt

worden war.

Die arbeitenden Kranken erhielten ein geringes wöchentliches Taschengeld, das nach ihrer Leistung gestaffelt war. Die schon zuvor niedrigen Beträge zwischen 50 Pfennig und drei RM wurden 1931 aus Ersparnisgründen noch einmal gekürzt. Danach galten folgende Richtlinien:

|                                                                                                                                                                                                                                    |  |        |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------|------------------------|
| I. geringwertige, rein mechanische Leistungen, die unter Aufsicht erfolgten, wie: Karrengruppen, Stoffzupfen, Tütenkleben, Bastschneiden, einfache Strickarbeiten, gelegentliche Hausarbeiten                                      |  |        | kein Taschengeld       |
| II. Bastflechten, Tütenkleben, Weidensortieren, Anfänger in der Gärtnerei                                                                                                                                                          |  |        | RM 0,25                |
| III. Gruppenarbeiter unter Aufsicht, Telefonzerleger, bessere Weidenarbeiter, Tabakarbeiter, Korbflechter, Buchbinder, Abspüler, vollbeschäftigte Hausarbeiter, Näherinnen, Gemüseputzerinnen                                      |  |        |                        |
|                                                                                                                                                                                                                                    |  | Frauen | RM 0,40                |
|                                                                                                                                                                                                                                    |  | Männer | RM 0,50                |
| IV. Einzelarbeiter:                                                                                                                                                                                                                |  |        |                        |
| - Anfänger, weniger Leistungsfähige                                                                                                                                                                                                |  |        | RM 0,50                |
| - besser Verwendbare                                                                                                                                                                                                               |  |        | RM 0,60                |
| V. Gutshof:                                                                                                                                                                                                                        |  |        |                        |
| - Frauen in den Sommermonaten                                                                                                                                                                                                      |  |        | RM 0,40                |
| - Frauen in den Wintermonaten                                                                                                                                                                                                      |  |        | RM 0,50                |
| - Männer                                                                                                                                                                                                                           |  |        | RM 0,70                |
| VI. Handwerker und Spezialarbeiter:                                                                                                                                                                                                |  |        |                        |
| Kohlenfahrer, Facharbeiter, Putzer in der Küche, Arbeiter in der Schlächtereier, tüchtige Schlosser und Schreiner, Baugruppe, Ge-<br>spannsführer und besonders brauchbare Einzel-<br>arbeiter im Gutshof, selbständige Kanzlisten |  |        | RM 0,70 bis<br>RM 1,00 |

Die Beträge wurden als Belohnung verstanden und hatten nicht die Bedeutung eines regelrechten Arbeitsentgelts (50).

Die Arbeitstherapie veränderte das Leben in der Anstalt entscheidend. Sie beseitigte die Untätigkeit der Kranken, wie sie früher durch die Anstaltsunterbringung entstanden war, und spornte Ärzte und Pfleger zu größerem Einsatz an, da ihre therapeutischen Bemühungen wieder Erfolg versprachen. Anstaltsarzt MAYR beschrieb einen Aspekt des Wandels, der die Anstalt seit Mitte der zwanziger Jahre erfaßt hatte: "Es unterliegt keinem Zweifel, daß die Durchführung dieser Therapie eine bedeutende Umformung der bisheri-

gen Tätigkeit des Arztes mit sich bringt, die sich vor allem in einem ausgeprägten Individualisieren und in einem intensiveren Sich-Einfühlen in den Kranken äußern wird" (54).

Ganz allgemein beeinflusste die Arbeitstherapie verschiedene Krankheitsbilder in günstiger Art und Weise. Das zeigte sich schon daran, daß der Bedarf an Schlafmitteln sank, weil die Arbeit die Kranken ermüdete und daß der Betrieb in den Dauerbädern zur Beruhigung erregter Patienten eingeschränkt werden konnte. Auf den Einzelfall bezogen erlaubte die Arbeitstherapie, die Fähigkeit eines zu entlassenden Patienten genauer zu beurteilen, da er zuvor in der Anstalt nach seinen individuellen Möglichkeiten beschäftigt worden war. Für die Zeit nach der Entlassung erwartete man, daß die Kranken durch die Arbeitstherapie an regelmäßige Tätigkeit gewöhnt, viel eher als bisher bestrebt seien, sich durch ernsthafte Arbeit ihren Lebensunterhalt selbst zu verdienen (55). Außerdem verbilligte die Arbeitstherapie den Betrieb der Anstalt. Dies war in der Zeit wirtschaftlicher Not von grosser Bedeutung und hatte deshalb ihre rasche Ausbreitung erheblich gefördert.

Die allgemeinpsychiatrische Behandlung in der Anstalt mußte sich ansonsten auf die Beruhigung erregter Kranker beschränken. Dafür standen ihr verschiedene Verfahren zur Verfügung: von den warmen Dauerbädern waren 1931 auf der Frauenseite noch zwei bei Tag und bei Nacht in Betrieb sowie zwei weitere bei Nacht auf Bedarf, während auf der Männerseite nur eines nachts genutzt wurde. In die Isolierzelle wurden Kranke für eine Viertel- oder halbe Stunde gesperrt, wenn sie nicht anders zu bändigen waren, in Ausnahmefällen aber auch erheblich länger. Die mechanische Beschränkung erfolgte selten; ihre Anwendung bei zwei Kranken wurde im Jahresbericht 1931 eigens erwähnt und damit begründet, daß sie einen gefährlichen Selbstbeschädigungstrieb gezeigt hätten. Häufiger wurden Kranke zur Beruhigung in feuchte Tücher gewickelt, wofür Indika-

tion und Anwendungsweise schriftlich festgelegt waren. Schlaf- und Beruhigungsmittel wurden vom Abteilungsarzt verschrieben; einer der stellvertretenden Direktoren achtete darauf, daß sie wegen der angespannten finanziellen Lage nur sparsam verwendet wurden.

Die Möglichkeiten der kausalen Therapie, die das damalige Fachwissen mit der Behandlung der organischen Ursachen einer Krankheit gleichsetzte, waren äußerst gering (vgl. 3.2). Eine Ausnahme bildete die Malariatherapie der progressiven Paralyse. Sie wurde in der Anstalt Eglfing-Haar nur selten durchgeführt - 1931 nur bei zwei Frauen - , da die meisten dieser Kranken schon in den Münchner Aufnahmekliniken anbehandelt worden waren. Ferner konnte bei Epilepsie versucht werden, mit der Barbitursäure Luminal die Anfälle symptomatisch zu bekämpfen. Der stellvertretende Direktor PIUS PAPST berichtete 1932 über die klinische Erprobung eines neuen Kombinationspräparates aus Barbitursäure und Belladonna, das die Sandoz A.G. der Anstalt zur Verfügung gestellt hatte. Das Ergebnis der Versuchsreihe schien ihm aus therapeutischen und wirtschaftlichen Gründen beachtenswert zu sein (53).

Was die allgemeinmedizinische Versorgung betraf, erwähnte die Direktion in ihrem Bericht über das Jahr 1931 folgende Regelungen in bezug auf Diagnostik und Therapie: Bei der Neuaufnahme von Patienten und Personal wurden Blut- und Stuhlproben in die bakteriologische Untersuchungsanstalt München geschickt (1931: 1702 Untersuchungen) und bei Bedarf wurde die Wassermannsche Reaktion durchgeführt (1931: 39 Untersuchungen). Besonders bewährt hatten sich die beiden Röntgen-Laboratorien der Anstalt, in denen 1931 zusammen 72 Aufnahmen und 57 Durchleuchtungen angefertigt wurden, und zwar meist bei chirurgischen Fällen. Schon einige Jahre zuvor hatte die Direktion zu den Vorzügen der Röntgen-Untersuchung Stellung genommen. "Die schonende Art der Untersuchung und Befundstellung bei Verletzungen ist gerade bei Geisteskranken von grossem Wert und es gelingt nahezu ausnahmslos die schwierigsten Kranken, die keinerlei körperliche Untersuchung dulden wollen, zur Zulassung einer Durchleuchtung oder Röntgenaufnahme zu bewegen" (54).

Wenn bei Anstaltsinsassen größere operative Eingriffe oder fachärztliche Untersuchungen erforderlich waren, wurden sie in ein Münchner Krankenhaus verlegt. Zur Zahnbehandlung kam ein Dentist einmal in der Woche in den Abschnitt Haar sowie ein Zahnarzt in den Abschnitt Eglfing. Bei nicht selbstzahlenden Kranken durften sie die Behandlung nur durchführen, nachdem der Abteilungsarzt zuvor festgestellt hatte, daß sie nach dem körperlichen und geistigen Zustand des Patienten notwendig war.

Seit dem 1. April 1926 bestand in der Anstalt eine eigene Prosektur, die, obwohl von den bayerischen Kreisen finanziert, der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München angegliedert war. Sie wurde von KARL NEUBÜRGER (1890 - 1972) geleitet (55). Ihre Aufgabe war es, die verstorbenen Insassen der Anstalt zu obduzieren und die Einsendungen von anderen bayerischen Anstalten zu bearbeiten. Gleichzeitig belieferte die Prosektur das hirnpathologische Institut der Deutschen Forschungsanstalt in München mit Untersuchungsmaterial. Sektionen wurden in dieser Zeit auch in den benachbarten Bezirkskrankenhäusern Perlach und Pasing durchgeführt, sowie in der Assoziationsanstalt Schönbrunn. Die letztgenannte bot der Forschung die Gelegenheit, schwere organische Hirnschädigungen bei sogenannten jugendlichen Idioten zu untersuchen.

Aus der Prosektur gingen zahlreiche Veröffentlichungen hervor, vor allem von KARL NEUBÜRGER und ANTON V. BRAUNMÜHL, die sich meist sehr speziellen Fragen der Neuropathologie widmeten. In BUMKES Handbuch der Geisteskrankheiten schrieb NEUBÜRGER einen Beitrag über die Arteriosklerose, BRAUNMÜHL über die PICKsche Krankheit und beide gemeinsam über Hirnverletzungen. Ihre Namen fehlten auch nicht in den Rednerlisten der Versammlungen des Vereins Bayerischer Psychiater während der Jahre 1926 bis 1931. In einer Arbeit, die auch für den praktisch tätigen Anstaltsarzt von Bedeutung war, berichtete NEUBÜRGER über "Sektionsbefunde bei plötzlichen und unklaren Todesfällen Geisteskranker" (56). Einleitend wies er darauf hin, daß psychisch kranke Menschen mit körperlichen Erkrankungen anders umgehen als gesunde. Danach besprach er aus-

föhrlich zum einen Veränderungen an Organen und Organsystemen, die bei verschiedenen Psychosen vorkamen, und zum anderen Veränderungen, die zu bestimmten psychischen Erkrankungen in charakteristischer Beziehung standen. Für die Ärzte der Anstalt fanden regelmäßige Demonstrationsvorträge statt, in denen an Hand von makroskopischen und mikroskopischen Präparaten über die Sektionsbefunde berichtet wurde (57).

Der Bereich im Anstaltsleben, der Gelegenheit zu menschlicher Begegnung im weitesten Sinne bot, war nur gering ausgebildet. Regelmäßig konnten die Patienten Sport treiben auf den Spielplätzen für Fußball, Tennis und Turnen oder an sonntäglichen Spaziergängen teilnehmen. Über das Jahr fanden Tanzveranstaltungen statt als Faschings-, Mai-, Kirchweihball und Kathreintanz; am Heiligen Abend versammelten sich die Kranken in den Festsälen unter dem Christbaum zu einer durch musikalische und andere Vorträge umrahmten Ansprache eines Hausgeistlichen. Am 2. Weihnachtsfeiertag 1931 führte das Anstaltsorchester die Kindersymphonie von Haydn auf, wobei die Kinder von Beamten und Angestellten mitwirkten. Unter der Überschrift "Belehrung, Zerstreuung und Erheiterung der Kranken" führte der Jahresbericht 1931 folgende Veranstaltungen auf, die in den beiden Kirchen und Gesellschaftshäusern Eglfings und Haars stattfanden: ein Anstaltsarzt zeigte einen Lichtbildervortrag über eine Reise; Anstaltschor und -orchester, die sich aus geeigneten Patienten und Mitarbeitern zusammensetzten, veranstalteten ein weltliches und ein Kirchenkonzert; für ein Zitherkonzert kamen Musikanten aus München; eine Münchener Theatertruppe spielte in der Anstalt; die Theatergruppe der Anstalt Eglfing-Haar gab gleichfalls eine Vorstellung.

Leider wissen wir nichts über die Art der Aufführungen, doch können wir vermuten, daß ihre Darbietung ansprechend war; denn 1932 wurden Anstaltschor und -orchester, die in der Anstalt zusammen mit Münchener Solisten "Die Schöpfung" von Haydn gegeben hatten, von der Winterhilfe gebeten, ihre Aufführung in einem Haarer Gasthof zu wiederholen. Desweiteren trat 1932 der Anstaltschor in einem Kirchenkonzert in Kirchseon öffentlich auf.

Von großer Bedeutung für Patienten und Mitarbeiter war die Anstaltsseelsorge. Zum Jahresende 1931 waren 1965 Katholiken, 334 Protestanten, 29 Juden sowie 20 Sonstige und Freireligiöse in der Anstalt untergebracht. Um die Katholiken kümmerten sich drei Geistliche: ein Pfarrer im Hauptamt, ein Kaplan im Nebenamt sowie der Haustgeistliche der in der Anstalt beschäftigten Barmherzigen Brüder. Für die Protestanten kam an drei Tagen der Woche der Pfarrer der Pfarrei München/Berg-am-Laim in die Anstalt. Beide Konfessionen verfügten über eigene Gotteshäuser in der Anstalt. Bei den Katholiken war es die dem Heiligen Erzengel Raphael geweihte Kirche in Eglfing sowie die auf den Titel Maria von den sieben Schmerzen geweihte Kirche in Haar; kirchenrechtlich bildeten sie zusammen die selbständige Anstaltspfarrei Eglfing-Haar. Die Protestanten hatten ebenfalls je einen Betsaal in Eglfing und Haar.

Im Gegensatz zu den bisher beschriebenen Formen des Umgangs mit psychisch Kranken versuchte die offene Fürsorge außerhalb der Anstalt die betroffenen Menschen zu beraten und ihre Lebensbedingungen zu verbessern. Sie war neben der Arbeitstherapie die zweite bedeutende Bestrebung während der zwanziger Jahre zur Veränderung des Anstaltslebens. Beide wurden als psychotherapeutische Verfahren angesehen, mit deren Hilfe es gelingen sollte, die Kranken früher aus den Anstalten herauszuführen; beide verbreiteten sich nicht zuletzt so rasch, weil sie versprachen, die Kosten im Anstaltsbetrieb zu senken; beide forderten vom Anstaltsarzt, sich verstärkt jedem einzelnen und seinen Fähigkeiten zuzuwenden. Sie beruhten auf einer geänderten Einstellung zur psychischen Erkrankung, nämlich der Überzeugung, daß sich der organische Prozeß in einem viel größerem Maße als angenommen in psychischen Symptomen ausdrücke, deren Ausformung umweltabhängig und deshalb einer gezielten Beeinflussung zugänglich sei.

Der Anstaltsversorgung von psychisch kranken Menschen wurde jetzt ein anderer Stellenwert beigemessen. "Für entlassungsfähige Kranke - und deren Zahl ist ohne Zweifel weit größer als man bis-

her wußte - bedeutet die Zurückhaltung in der Anstalt nicht nur keinen Vorteil, sondern einen vermeidbaren Nachteil in gesundheitlicher, menschlich-rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht, nicht minder ein vermeidbare wirtschaftliche Schädigung des Kostenträgers und letzten Endes eine vermeidbare Belastung des Trägers der Anstaltsfürsorge" (58). Auch in anderen Bereichen der Medizin wurde in den zwanziger Jahren der Fürsorgegedanke aufgegriffen. Es entstanden zahlreiche öffentliche Fürsorgestellen, die beispielsweise Müttern mit Säuglingen, Tuberkulosekranken oder Körperbehinderten gezielt Rat und Hilfe anboten.

Die offene Fürsorge in der Psychiatrie geht auf GUSTAV KOLB (1870 - 1938) zurück. Als Anstaltsdirektor hatte er 1908 in Kutzenberg und 1911 in Erlangen die Methode der von der Anstalt ausgehenden Fürsorge entwickelt. Er sah es als notwendig an, psychisch Kranke auch außerhalb der Anstalt zu betreuen. Die Fürsorge sollte den Kranken nach seiner Entlassung mit fachärztlicher Betreuung in das Familien- und Erwerbsleben zurückbegleiten und ihm helfen, seinen Platz in der Gesellschaft zu behalten. Sie war als eine allgemeine Fürsorge in medizinischer und sozialer Hinsicht gedacht und umfaßte alle Beziehungen des Versorgten zu seiner Umwelt unabhängig davon, ob sie ärztlicher, wirtschaftlicher, rechtlicher, familiärer oder sonstiger Natur waren. Die offene Fürsorge nach KOLB trug erheblich dazu bei, die Lebensbedingungen eines aus der Anstalt entlassenen Menschen zu verbessern. Aber erst, als sich nach dem Ersten Weltkrieg die wirtschaftliche Lage der bayerischen Kreise verschlechterte und die Behörden bereit waren, nach jedem Mittel der finanziellen Entlastung zu greifen, und der Kreistagsverband den Anstaltsdirektoren die Einführung der offenen Fürsorge als amtliche Dienstaufgabe zuwies (59), fand sie weitere Verbreitung.

Am 5. Mai 1924 eröffneten die Anstalten Eglfing und Haar in München gemeinsam eine "Fürsorge- und Beratungsstelle für Geisteskranke". Nachdem ALBERT IMHOF aus Haar sie in den ersten Monaten geleitet hatte, übernahm im August 1924 RODERICH MAYR aus Eglfing diese Aufgabe. Ab November fand jeden Samstag im Wohlfahrtsamt in der Zeppelinstraße 73 eine Sprechstunde statt.

Die offene Fürsorge kam einem Bedürfnis in der Bevölkerung entgegen. Schon im ersten Jahr wandten sich 469 Menschen an die Beratungsstelle. Besonders hoch unter ihnen war der Anteil derer, die zuvor in einer Anstalt untergebracht gewesen waren: von den 191 Menschen, die in der Zeit vom 5.5.25 bis 4.5.26 erstmals dort Rat suchten, waren 141 zuvor in Anstaltspflege gewesen (siehe Tabelle 12). Vielen konnte außerhalb der Anstalt geholfen werden, so daß eine Rückverlegung oder Ersteinweisung vermieden werden konnte. Unabhängig von allen therapeutischen Vorteilen, erwies sich der Betrieb der Fürsorgestelle für den Bezirk Oberbayern aus Gründen der Kostenersparnis als sinnvoll. Ihr Haushalt betrug nur etwa 2.000 RM, während die einjährige Anstaltsunterbringung eines Kranken schon 1.277,50 RM kostete. Die Schlußfolgerung lag nahe: je mehr die Fürsorgestelle ausgebaut wird, desto besser kann den Pflinglingen geholfen werden, desto seltener werden Rückverlegungen Entlassener und desto größer die Einsparungen (60).

Es zeigte sich bald, daß die Räume im Wohlfahrtsamt unzulänglich ausgestattet waren. Da sie der Beratungsstelle nur Samstag nachmittags zur Verfügung standen, konnten keine Telefonate mit anderen Behörden mehr geführt werden. Vor allem fehlte ein eigenes Wartezimmer, so daß die Kranken mit ihren Angehörigen oft stundenlang, dichtgedrängt, im kalten Gang oder Stiegenhaus stehen mußten. MAYR forderte rasche Abhilfe, denn: "Bei der Art des Publikums hat dies schon des öfteren zu unliebsamen Auftritten geführt" (61).

Nachdem das Erdgeschoß ausgebaut und die räumliche Enge damit beseitigt war, konnte ab Mai 1927 die ärztliche Sprechstunde jetzt zweimal in der Woche dort abgehalten werden. Für dringende Fälle stand zusätzlich die Fürsorgepflegerin eine Stunde täglich bereit. Als die Tätigkeit der Fürsorgestelle weiter zunahm, wurde im Juli 1927 der Fürsorgearzt von seinen Aufgaben in der Anstalt entbunden. MAYR begrüßte diese Entscheidung. Er hoffte, durch die gewonnene Zeit sich jedem einzelnen mehr widmen zu können. "Dies ist auch bei der Art unserer Kranken dringend geboten; denn nur dadurch, daß ihnen die Möglichkeit gegeben ist, ihre großen und kleinen Beschwerden vorzubringen, wird eine wirklich gedeihliche Arbeit für sie geleistet werden können" (62). Die Aufgaben der Beratungsstelle blieben sich in all den Jahren gleich: Beschaffung

von Wohnung und Arbeit oder, wenn nicht möglich, von finanzieller Unterstützung, Beratung in persönlichen Angelegenheiten und Aufklärung der Angehörigen.

Weil die Zahl der Rat suchenden Menschen weiter stieg und deshalb der damit verbundene Schriftverkehr immer größeren Umfang annahm, konnten die ärztlichen Hausbesuche nicht in dem Maße ausgedehnt werden, wie es als wünschenswert angesehen wurde. Auch traten immer mehr Behörden, wie Wohlfahrts-, Wohnungs-, Arbeits- und Jugendämter an die Beratungsstelle heran, genauso wie die städtischen Fürsorgestellen für Obdachlose, Trinker- und Gefährdetenfürsorge, baten um Beratung in psychiatrischen Fragen oder überwiesen unklare Fälle zur Begutachtung.

Die Arbeit der Fürsorgestelle zeigte Erfolg. Der Einsatz ihrer Mitarbeiter verbesserte die Lage eines aus der Anstalt entlassenen psychisch Kranken in hohem Maße. Fürsorgearzt MAYR erinnert in einem Rückblick daran, wie es vor der Eröffnung der Beratungsstelle ausgesehen hatte. "Noch vor nicht zu langer Zeit gelang es nur schwer, einem alleinstehenden Menschen, der das Unglück hatte, einmal in einer Heil- und Pflegeanstalt untergebracht gewesen zu sein, irgendein Plätzchen nach seiner Entlassung zu verschaffen, so daß er, wollte man ihn nicht auf die Straße setzen, länger als notwendig und häufig auch zuträglich, in der Anstalt belassen werden mußte. Wurde er endlich entlassen, so hing seine Zukunft oft davon ab, als ehemaliger Kranker nicht erkannt oder nicht verraten zu werden" (63). Trotz aller wirtschaftlichen Not gelang es noch 1930 in den meisten Fällen den Wünschen der Antragsteller zu entsprechen. Die Arbeitsämter konnten besonders Männern oft erfolgreich eine Arbeitsstelle vermitteln. Mit verschiedenen Heimen bestand eine Übereinkunft, Kranken ohne Angehörigen nach der Anstaltsentlassung Unterkunft zu gewähren. Erst ein Jahr später wirkte sich die Wirtschaftskrise auf die Arbeit der Beratungsstelle aus, als die von den Behörden geleistete Hilfe immer geringer wurde.

Am 1. November 1930 zog die Fürsorgestelle in die Weinstraße 13 um, wo ihr der Stadtrat drei helle, sonnige Räume unentgeltlich überlassen und ausgestattet hatte. Damit verbunden war eine wei-

tere Ausdehnung ihrer Tätigkeit. Zu den beiden bisherigen Sprechstunden am Dienstag- und Freitagvormittag kam eine weitere am Mittwochvormittag; am Dienstag- und Freitagnachmittag konnten Patienten zu ausführlicheren Gesprächen oder zu Begutachtungen einbestellt werden. Oberarzt ALBERT RÖSCH wurde von der Anstaltsdirektion beauftragt, einmal wöchentlich Hausbesuche zu machen, soweit es sein Dienst in der Anstalt zulasse. Auch der Fürsorgepflegerin wurde zur Unterstützung an einem Wochentag eine weitere Pflegerin aus der Anstalt zugeteilt.

Schon 1929 hatte der Kreistag den Beschluß gefaßt, die psychiatrische Außenfürsorge auch auf die ländlichen Aufnahmebezirke der Anstalt auszudehnen. Er genehmigte dafür die Anschaffung eines Kraftwagens. "Da ein Kraftwagenführer nicht zur Verfügung steht, unterzog sich der Fürsorgearzt im August eines Führerkurses und der daran anschließenden Prüfung" (64). Im Herbst desselben Jahres besuchten Direktor AST aus Eglfing und Fürsorgearzt MAYR die einzelnen Bezirksämter und -ärzte. Sie beabsichtigten, bei den auswärtigen Behörden Klarheit über das Wesen der Fürsorge zu schaffen. Als Ergebnis ihrer Rundreise stellten sie befriedigt fest, daß sie überall ein aktives Interesse für eine bisher wenig bekannte Form der Irrenpflege wecken konnten, nachdem sie ein anfängliches Mißtrauen gegenüber dem Fürsorgegedanken durchbrochen hatten. Die Fürsorgetätigkeit auf dem Lande war im Gegensatz zur Großstadt, wo sich der Fürsorgearzt infolge der bedrückenden Wirtschaftslage oft vor unlösbare soziale Probleme gestellt sah, eine vorwiegend ärztliche. Trotzdem beklagte MAYR, daß auch das offene Land schon von der allgemeinen übertriebenen Inanspruchnahme der Wohlfahrtseinrichtungen angekränkt sei, wie er sie in der Großstadt festgestellt hatte (65). Insgesamt kam die ländliche Fürsorge nie richtig in Gang. Sie mußte schon 1931 wieder eingestellt werden, als die Aufgaben der Beratungsstelle in München zu umfangreich geworden waren. Im Laufe des Jahres 1932 konnte zwar der stellvertretende Direktor PAPST abgerissene Verbindungen wieder anknüpfen, aber als er zum Jahresende versetzt wurde, lag die ländliche Außenfürsorge erneut für zwei Jahre brach.

Die psychischen Erkrankungen, die die Ärzte in den Beratungsstellen, ob in München oder anderswo, zu sehen bekamen, unterschieden sich von den Formen und Verläufen, wie sie aus den Anstalten bekannt waren. Für die Wissenschaft stellten genau aufgenommene Anamnesen ein wertvolles, bisher unberücksichtigtes Material dar. Katamnesen boten einen Einblick in den Verlauf der Krankheitsformen, wie er bisher nicht möglich gewesen war. In der Münchner Beratungsstelle lag der Anteil der schizophrenen Erkrankungen bei 41,07 %, der der Psychopathie bei 19,79 % (siehe Tabelle 13), während die entsprechenden Zahlen bei den Anstaltskranken 63,88 % und 3,36 % betrugen. Der Fürsorgearzt war menschlich und fachlich in einer anderen Art und Weise gefordert, als er es von der Anstalt her gewohnt war. Besonders zu schaffen machte MAYR das Krankheitsbild der Psychopathie, zu dem er sich wiederholt in seinen Berichten äußerte. Für dessen Behandlung maß er der Arbeitsvermittlung und einem geregelten Tagesablauf große Bedeutung bei. Er begrüßte die Entscheidung des Bundes für Frauen- und Jugendschutz, bei Aßling ein eigenes Heim zu gründen, da so sittlich gefährdete Psychopathinnen direkt oder nach vorausgegangenem Anstaltsaufenthalt dem schädlichen Einfluß der Großstadt entzogen werden könnten. Weiter hielt er es für dringend notwendig, der Früherfassung von Psychopathen erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken, da die "heutigen traurigen Großstadtverhältnisse für derartig geistig Anormale einen äußerst ungünstigen Boden" bereiteten (66). Der Alkoholismus beschäftigte den Fürsorgearzt ähnlich stark. Er schrieb dazu: Auch wenn der Bierkonsum im Sinken begriffen sei, steige die Zahl der Alkoholiker und die Exzesse seien nicht unbeträchtlich. Die Beratungsstelle nahm nur dann Alkoholkranke an, wenn diese zuvor in Anstaltsbehandlung gewesen waren. MAYR bedauerte, daß es in Bayern keine geschlossene Trinkerheilstätte gab, weshalb die "Alkoholisten" in eine Heil- und Pflegeanstalt gebracht werden mußten, wo sie seiner Meinung nach nicht hingehörten.

Im System der staatlichen Versorgung psychisch kranker Menschen kam der Münchner Beratungsstelle eine immer größere Bedeutung zu. Seit ihrer Eröffnung war die Zahl der Menschen, die sie aufsuchten, ununterbrochen gestiegen: 1142 waren es allein im Verlauf des Jahres 1931, von denen sich etwa 75 % zuvor in Anstaltsbehandlung

befunden hatten. Der Fürsorgearzt machte in jenem Jahr 1868 Hausbesuche, das Pflegepersonal 2892; die Sprechstunde umfaßte weitere 3120 Beratungen bei 744 Einzelfällen.

In einem Vortrag auf der Versammlung der Vertreter der Hilfsvereine und der offenen Fürsorge für Geisteskranke in Stuttgart am 23.4.1930 stellte AST noch einmal zusammen, was er als die wichtigsten Aufgaben einer Beratungsstelle ansah: Entlassungen aus der Anstalt vorzubereiten und zu fördern, die Entlassenen zu betreuen und die soziale Gefährdung zu verhindern oder zu mildern, die vor der Internierung von dem Geisteskranken für sich selbst, für seine Familie und die Öffentlichkeit ausgeht (67). Im großen und ganzen teilte Fürsorgearzt MAYR seine Auffassungen, legte aber noch mehr Gewicht auf die gesellschaftliche Bedeutung der offenen Fürsorge. Als neuen Gedanken fügte er hinzu: "Unter dem Gesichtspunkte, daß die Aufgabe der Medizin im allgemeinen nicht nur darin besteht, krankhafte Zustände zur Heilung zu bringen, sondern in erster Linie vorbeugend zu wirken, ergibt sich für den Psychiater noch ein weiterer Aufgabenkreis, der in erster Linie auch der Außenfürsorge zufällt" (68). In diesem Sinne führte er aus, daß es keine Schwierigkeiten bieten würde, unter Heranziehung der in den einzelnen Bezirksamtern geführten Listen über psychisch Kranke allmählich alle betroffenen Menschen des gesamten Aufnahmebezirks zu erfassen.

Auch in den dreißiger Jahren dehnte sich der Kreis der Menschen weiter aus, der mit der Fürsorgestelle in Beziehung trat. Als ihr Arbeitsfeld in Folge des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses nach 1934 auf die erbbiologische Begutachtung ausgedehnt wurde (vgl. 5.3), nahm der Anteil derer ab, die früher in Anstaltsbehandlung gestanden hatten. 1937 waren es nur noch 57,8 %. Es war deshalb folgerichtig, daß bei der Umgestaltung des öffentlichen Gesundheitswesens die Beratungsstelle für Geisteskranke der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar am 1. Juli 1938 in die Zuständigkeit des Münchener Gesundheitsamtes übergeben wurde.

Die offene Fürsorge veränderte die Tätigkeit des Anstaltsarztes insofern, als sie das Leben des Kranken in der Gesellschaft wie-

der mehr in sein Blickfeld rückte. Ähnlich wie die Arbeitstherapie gab sie dem Arzt wieder Hoffnung, durch seinen Einsatz die Lage seiner Patienten tatsächlich verbessern zu können. Trotzdem mußte er sich immer noch vielfach darauf beschränken, als stiller Beobachter den scheinbar unaufhaltsamen Fortgang der psychischen Erkrankung zu begleiten. Abhilfe erwartete man sich von der Entwicklung somatischer Behandlungsverfahren, da man annahm, sie könnten die Ursachen der Erkrankungen beseitigen.

#### 4. Die somatischen Therapieverfahren

Als in den dreißiger Jahren die Behandlung von psychisch kranken Menschen mit hypoglykämischen Schocks und künstlich gesetzten Krampfanfällen eingeführt wurde, schienen die lange gesuchten somatischen Therapieverfahren akuter Psychosen gefunden. Anhand der wissenschaftlichen Veröffentlichungen von Anstaltsarzt ANTON V.BRAUNMÜHL soll gezeigt werden, wie sie in der Anstalt Eglfing-Haar angewandt wurden.

##### 4.1 Die Insulinschock-Behandlung

1933 berichtete der Wiener Psychiater MANFRED SAKEL (1900 - 1957), daß es ihm gelungen sei, Erregungszustände seiner Patienten durch schwere hypoglykämische Schocks therapeutisch zu beeinflussen. Er hatte zur Behandlung verschiedener Suchtzustände Insulin eingesetzt. Durch Überdosierung oder durch unzureichende Nahrungsaufnahme der Patienten kam es gelegentlich zu einer ungewollten Vertiefung des hypoglykämischen Zustandes bis zum Koma. In einzelnen Fällen bemerkte er danach "verblüffende psychische, ja charakterologische Veränderungen" (1), so daß er begann, Psychosen unabhängig von ihrer Entstehungsursache durch eine tiefe Hypoglykämie zu behandeln. Aus seiner Beobachtung am Krankenbett versuchte er die Wirkungsweise seiner Behandlung, die er als unspezifisch, jedoch vielleicht kausal ansah, zu verstehen: "Die Hypoglykämie vor dem Koma schwächt, hemmt und unterdrückt den jeweils aktivsten Teil der Psyche und ermöglicht dadurch, daß der latente Teil, wenn ich so sagen darf, gewissermaßen aus der Versenkung herausgehoben wird und über den, gerade durch die Hypoglykämie unterdrückten, akuten prävaliert. Es

ist also, bildlich gesprochen, so , daß die tiefe Hypoglykämie vor dem Koma das jeweils bestehende psychische (psychotische) Zustandsbild hemmt, einschränkt und in das fast diametral entgegengesetzte umwandelt, insofern man überhaupt von Gegensatz sprechen kann" (2). Eine befriedigende Erklärung für die Wirkung der Insulinschock-Behandlung vor allem der Schizophrenie, wo sie ihre größten Erfolge aufwies, konnte auch später nicht gefunden werden. Ein Zeitgenosse charakterisierte das Verfahren: "Es wird mit einem unbekannten Mittel eine biologisch völlig unbekannte Krankheit angegangen" (3).

In der Anstalt Eglfing-Haar wurde am 3. November 1936 eine Insulin-Station eröffnet, in der jedoch aus räumlichen Gründen im ersten halben Jahr die Anwendung der Therapie auf Frauen beschränkt blieb (4). Ihr damaliger ärztlicher Leiter, ANTON VON BRAUNMÜHL, der sich schon seit langem gewünscht hatte, akute psychotische Reaktionen somatisch behandeln zu können (vgl. 3.1), trat mit Entschiedenheit für die Einführung der neuen Behandlungsweise ein. "Wenn die Methode das kann, was sie von sich sagt, ist sie ein solcher Fortschritt, daß man in der Schizophreniebehandlung nicht an ihr vorübergehen darf" (5). Neben den größeren Heilungsaussichten für die Kranken nannte BRAUNMÜHL als weitere Vorteile der Insulinschock-Behandlung: Sie zeigt der Öffentlichkeit, daß die Heilanstalten wirklich Krankenhäuser sind, sie gestaltet die Tätigkeit des Anstaltsarztes anregend und sie senkt die Kosten des Anstaltsbetriebes. Denn für eine Insulinschock-Behandlung von etwa zwei Monaten Dauer mußten nur etwa 50 Reichsmark pro Person aufgewandt werden, so daß sie durchzuführen erheblich billiger kam, als eine langdauernde Anstaltsunterbringung des betreffenden Kranken.

Mit den gleichen Argumenten, wie sie jetzt BRAUNMÜHL zugunsten der Insulinschock-Behandlung aufzählte, nämlich wirkungsvollere

Behandlung der Kranken, bessere Stellung der Anstalt in der Öffentlichkeit, befriedigendere Gestaltung des ärztlichen Berufes und verringerte finanzielle Belastung der öffentlichen Kassen hatten Mitte der zwanziger Jahre auch die Befürworter der Arbeitstherapie und offenen Fürsorge für eine Reform der Anstaltspsychiatrie gewonnen (vgl. 3.3). Als etwa vier Wochen nach Eröffnung der Insulin-Station ein Patient unter der Behandlung starb, BRAUNMÜHL wegen fahrlässiger Tötung angezeigt und Schadenersatzansprüche gegen ihn erhoben wurden, der Staatsanwalt ein mehrstündiges Verhör mit ihm und den Pflegerinnen der Abteilung führte, da waren alle Mitarbeiter nahe daran, die Arbeit abzubrechen. "Der Sache wegen" (6) hielten sie aber durch, und BRAUNMÜHL wurde in den folgenden Jahren zu einem der führenden Forscher in der Anwendung und Weiterentwicklung der neuen somatischen Therapieverfahren in der Psychiatrie.

In der Insulin-Station der Anstalt Eglfing-Haar begann die Schockbehandlung morgens um sieben Uhr. Die nüchternen Kranken erhielten von einer Pflegerin die benötigte Insulinmenge intramuskulär gespritzt. Ein Arzt hielt sich in unmittelbarer Nähe des Krankensaales auf, um bei Zwischenfällen sofort eingreifen zu können, aber auch um das Verhalten der einzelnen Kranken zu beobachten, da sich danach die Dosierung des nächsten Tages richtete. In der ersten Stunde nach der Injektion wurden die Kranken zunehmend schläfriger, sie fingen an, am ganzen Körper zu schwitzen und der Speichel rann ihnen aus dem Mund. Dies waren "normale" Symptome der Hypoglykämie, die sich in der zweiten Stunde noch verstärkten. Einige trübten bewußtseinsmäßig weiter ein, andere kamen in einen Erregungszustand, wurden unruhig, wälzten sich im Bett, schrieten und schimpften. In der dritten Stunde hatten alle das Bewußtsein verloren, konnten aber noch durch unmittelbare Ansprache geweckt werden. Es zeigten sich Primitivbewegungen wie Saugen, Lecken der Lippen oder Zwangsgreifen. Das Gesicht war gerötet, der Puls beschleunigt. Wellenförmig liefen zu Beginn der vierten Stunde in steter Wiederholung von Sekunden- oder Minutenabstand Spasmen über den Körper, wobei die Arme und Hände gebeugt, die Beine gestreckt und die Füße nach innen gedreht waren. Sie konnten so stark werden, daß der Körper wie ein Bogen gespannt, nur noch auf Hinter-

kopf und Ferse ruhte. Bei deutlich erschwelter Atmung und aufgehobener Lichtreaktion der Pupillen kamen die Kranken in der fünften Stunde allmählich zur Ruhe. Andere wiederum erreichten diese tiefste Stufe des Komas, ohne Bewegungsauffälligkeiten gezeigt zu haben. In diesem Zustand, dessen therapeutische Wirksamkeit am größten war, verblieben die Patienten für ungefähr eine halbe Stunde (7). Um das Koma zu beenden, wurde ihnen über eine Magensonde eine Rohrzuckerlösung eingeflößt. Waren sie dann nach zehn bis zwanzig oder dreißig Minuten erwacht, bekamen sie Butterbrote angeboten, die sie, wie beschrieben wird, hungrig und mit Appetit verzehrt haben sollen. Am Nachmittag wurden die Patienten der Insulin-Station entweder im Krankensaal mit möglichst anregenden Arbeiten beschäftigt, um ihre weitere Genesung zu fördern, oder aber auf ihre Abteilungen zurückgebracht. Nachts blieben sie unter Beobachtung auf der Wachstation, da sich noch mehrere Stunden nach Beendigung der Insulinschock-Behandlung trotz ausreichender Kohlenhydratzufuhr ein überraschender Nachschock ereignen konnte.

Ein außenstehender Psychiater schrieb über die Insulin-Station in Eglfing-Haar, die er vormittags während der Behandlungen besucht hatte: "Der Eindruck war außerordentlich! Etwa 30 bis 40 Kranke lagen, als wir den Raum betraten, in tiefem hypoglykämischen Schock. Die meisten völlig komatös mit hochrotem Gesicht, von profusen Schweißausbrüchen durchnäßt, einige von tonisch-klonischen Krämpfen geschüttelt, andere wieder erregt-delirant. Alle lagen in weißen Lederpolsterbetten, die eigens für diese Behandlung angefertigt worden waren, zahlreiche gut geschulte Pflegerinnen bemühten sich um die einzelnen Kranken. Von vorneherein fiel auf, daß die männliche und die weibliche Abteilung nur durch einen etwas schmaleren Durchlaß voneinander getrennt waren, beide aber einen zusammenhängenden Raum bildeten. Männliche und weibliche Kranke wurden von weiblichem Pflegepersonal betreut, womit man in Eglfing vorzügliche Erfahrungen gemacht haben will. Nur einige wenige Pfleger taten dort Dienst, um bei schweren Erregungszuständen besonders der männlichen und körperlich kräftigen Patienten Hilfe leisten zu können" (8).

Neben den Erregungszuständen, die als "Hungerkrawall" oder "reaktivierte Psychose" verstanden wurden, konnten während der Hypoglykämie internistische Komplikationen auftreten, besonders kardiovaskulärer Art (9), und epileptische Anfälle (erst nach Einführung der Krampfbehandlung schätzte BRAUNMÜHL sie als therapeutisch wertvoll). Sie alle erforderten ein umgehendes Handeln des Arztes. Dafür stand während der Behandlungszeit ein "Schockbesteck" auf einem Glastisch in der Mitte des Raumes gebrauchsfertig bereit mit verschiedenen Medikamenten, Trauben- und Rohrzuckerlösungen. Das Erwachen aus dem Koma war ein nächster kritischer Punkt. Besondere Gefahr bestand, wenn es verzögert erfolgte. Nach BRAUNMÜHL waren dabei drei Formen zu unterscheiden: der "Adaptationstyp" wacht nach der intrastomachalen Zuckergabe nicht auf; der "Sensibilisierungstyp" scheint zuerst aufzuwachen, fällt aber dann in Somnolenz zurück, während sich beim "Hyperinsulinosistyp" der Schock sogar noch vertieft. Diese letztgenannte Reaktion war am schwierigsten zu beherrschen, und sie verursachte die beiden einzigen Todesfälle, die es während der ersten fünf Jahre der Insulinschock-Behandlung in Eglfing-Haar gab. BRAUNMÜHL war sich der Risiken der Methode durchaus bewußt. Aber die Schwere der geistigen Erkrankung gab in seinen Augen dem Arzt das unbestreitbare Recht, diese Art der Behandlung anzuwenden und die Hypoglykämie in eine Tiefe zu leiten, in der die Aussicht auf Heilung, aber auch die Komplikationsrate anstieg.

Die junge Ärztin JOSEFA WIEDEKING, die bis zu ihrem frühen Tod auf der Insulin-Station wirkte, versuchte, durch ihre Dissertation zu veranschaulichen, was die Kranken unter der Insulinschock-Behandlung erlebten. Sie hatte sich und zwei weitere freiwillige Versuchspersonen dem üblichen Verfahren unterzogen und die dabei gemachten Erfahrungen im Protokoll festgehalten (10). Die Phänomene, die sie beschrieb, traten im präkomatösen Zustand auf und waren Einzelbeobachtungen, die nicht jedesmal auftreten mußten; Erlebnisse im Koma selbst wurden nicht erinnert.

Allgemein gaben die Versuchspersonen ein starkes Hungergefühl an, das sich bis zum Heißhunger steigern konnte: "Zu meinen größten Wünschen gehört jetzt eine Tasse Kaffee und ein Brötchen". Wel-

lenförmig an- und abschwellend trat es gemeinsam mit anderen körperlichen Empfindungen auf wie Kopfschmerzen "als ob in meinem Kopf etwas geschwollen wäre" und einem Schweregefühl in den Gliedern, sie waren "wie Bleigewichte" und nur mit großer Anstrengung zu bewegen. Die Stimmung während der Hypoglykämie war gekennzeichnet von einem ausgeprägten Ruhebedürfnis, von Gleichgültigkeit und Stumpfheit: "Es ist mir alles egal, aber auch alles", was besonders von außen Kommendes betraf. Mit der Abkehr von der Umgebung ging bei den Versuchspersonen eine Erschwerung des Denkens einher, so daß es ihnen nicht mehr gelang, eine Vielzahl von Vorstellungen zu überblicken und sie zu einem Ganzen zu ordnen, oder es waren überhaupt keine Gedanken mehr faßbar: "Mir fällt gar nichts mehr ein, es herrscht eine wohlige Gedankenleere in meinem Kopf, in die ich mich hereinstürzen möchte."

In der Wahrnehmung durch die Sinnesorgane änderte sich das Sehen beginnend mit einfachen Störungen wie Herabsetzung der Sehschärfe und Doppelbildern über Verkennung der Größenverhältnisse und Verzertrsehen von geraden Linien bis zum Sehen von matten Farben in grünen, lila und grauen Tönen, entoptischen Erscheinungen und Pseudohalluzinationen (11). Unbeeinflußt blieben andere Sinnesbereiche wie Hören, Riechen oder Schmecken. Verloren ging das Körperempfinden, es entstand Unklarheit über die räumliche Ausdehnung des eigenen Körpers. Beim Aufwachen machte sich ein Kribbeln, Stechen und Brennen am deutlichsten in der Lippen- und Wangenschleimhaut bemerkbar, das auch an Händen und Füßen - zum Teil nur einseitig - zu spüren war. Solange während dieser Zeit das Bewußtsein getrübt blieb, waren die Versuchspersonen ängstlich und unsicher: "Wo bin ich denn nur? Hat man mir etwas angetan? - Wer ist denn da, und was soll das alles bedeuten?" Bei zunehmender Klarheit breitete sich dann ein überschwengliches Glücksgefühl aus: "Bin ich froh, daß ich wieder hier bin, bin ich froh, daß ich wieder bei euch bin!" Sie kämen sich vor, schrieb WIEDEKING, wie Menschen, denen allerhand Gefährliches begegnet sei, die aber jetzt glücklich allen Gefahren entgangen und dem alltäglichen Leben zurückgegeben seien (12).

Die Auswahl der Patienten für die Insulinschock-Behandlung wurde von BRAUNMÜHL als dem leitenden Abteilungsarzt vorgenommen. In Frage kamen in erster Linie Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung. Bei ihnen waren die Erfolgsaussichten am größten, wenn der Betreffende zum ersten Mal in ein Krankenhaus eingeliefert wurde und die Krankheit noch nicht länger als ein halbes Jahr bestand. Schwierig, jedoch nicht wirkungslos blieb die Therapie bei älteren Fällen.

Die Angehörigen der Patienten, bei denen eine Insulinschock-Behandlung vorgesehen war, erhielten jeweils vorher ein Benachrichtigungsschreiben, in dem sie um ihr Einverständnis gebeten wurden. Es hatte folgenden Wortlaut:

"Mitteilung über die Insulin-Schlafbehandlung.

Sehr geehrte ...

Bei Ihre ... handelt es sich um ein Leiden, das zu dauernden und schweren seelischen Mängeln führen kann, und dessen Besserung oder Heilung auch im günstigsten Falle bei bloßem Zuwarten sehr lange Zeit in Anspruch nehmen wird. Wir halten es deshalb für richtig, bei de.. Kranken zunächst eine Insulin-Schlafbehandlung vorzunehmen. Es ist das ein neues Verfahren, das schon verschiedentlich mit Erfolg angewandt worden ist und heute die einzige Möglichkeit bietet, diese schwere geistige Erkrankung heilend anzugehen.

Da die Behandlung eine eingreifende ist und - wenn auch in seltenen Fällen Lebensgefahr mit sich bringen kann - möchten wir Sie von unserer Absicht unterrichten. Zu einer persönlichen Besprechung steht der Abteilungsarzt gern zur Verfügung. Wenn Sie uns binnen 8 Tagen keinen Bescheid geben, nehmen wir Ihr Einverständnis an" (13).

Obwohl BRAUNMÜHL von der Berechtigung der Insulinschock-Behandlung schon zu dieser Zeit überzeugt war, führte er sie nur durch, wenn er die Zustimmung der Angehörigen erhalten hatte. Mit zunehmender Erfahrung wurden jedoch die Benachrichtigungsschreiben an die Angehörigen, in denen sie um ihre Einwilligung gebeten wurden, immer kürzer abgefaßt.

Die meisten der auf diese Weise angesprochenen Angehörigen kamen zu einem Gespräch in die Anstalt. Einige von ihnen waren äußerst mißtrauisch; sie hatten irrtümlicherweise gedacht, es handle sich um eine "Einschläferung" des Patienten, als sie den Ausdruck "Schlafbehandlung" lasen. Nur wenige Jahre später zeigte sich, wie berechtigt dieser Verdacht war, als unheilbar Kranke wirklich getötet wurden. 1937 konnte BRAUNMÜHL noch in einer Fußnote überrascht davon berichten. Er verstand nicht, wie diese Meinung entstehen konnte; in späteren Auflagen wählte er einen anderen Begriff, um dieses Mißverständnis nicht mehr aufkommen zu lassen.

Nach einer eingehenden internistischen Untersuchung wurde die Behandlung mit 24 Einheiten Insulin begonnen; von Tag zu Tag wurde die Dosis um 8 - 12 Einheiten gesteigert, bis ein sichtbarer hypoglykämischer Schock eintrat. Die "Einschleichphase" sollte möglichst nicht länger als 14 Tage dauern. In der anschließenden "Schockphase" wurde die als wirksam gefundene Dosis so lange gespritzt, "wie es notwendig (war), den Kranken in Shock zu versetzen" (14). Allmählich besserte sich der psychische Befund, zuerst nur unvollständig in der Hypoglykämie, dann zunehmend auch außerhalb dieser Zeit. Die Kranken, die sich vor der Behandlung oft ängstlich zeigten oder keine Beziehung zu ihrer Umwelt aufnahmen, wurden kontaktfreudiger und aufgeschlossen für zwischenmenschliche Beziehungen, achteten mehr auf ihr Äußeres und beteiligten sich stärker an den täglichen Arbeiten auf der Abteilung (15). Damit dieser Zustand gefestigt werden konnte, führten in der "Ausschleichphase" die Insulindosen anfangs noch fast an das Koma heran, ehe sie im folgenden allmählich gesenkt wurden.

In einer eigens auf der Insulin-Station entworfenen Insulin-Kurve wurde alles aufgezeichnet, was für den Arzt und den Gang der Behandlung von Wichtigkeit war (siehe Tabelle 15). Insgesamt zog sich die Insulinschock-Behandlung, von Pausen unterbrochen, oft bis zu drei Monate oder länger hin. Dabei wurde jeden Tag ein Schock gesetzt, außer am Sonntag, der der Schonung diente.

Die Behandlung wurde als erfolgreich angesehen, wenn die psychotischen Symptome verschwanden, wenn die Patienten Krankheitseinsicht bewiesen oder wenn ihr Verhalten sich änderte. Die Kranken selbst erlebten die eintretende Besserung mit großer Erleichterung. BRAUNMÜHL zitierte aus dem Brief einer jungen Frau, die zuvor völlig verworren, kontaktunfähig und kataton erregt war. In der siebten Woche ihrer Behandlung schrieb sie an ihre Angehörigen: "Ich habe gar nicht glauben können, daß ich so krank war. So mitten in der Kur fühlte ich mich wieder frei. Es ging ganz rasch besser; ich kann fast sagen, plötzlich fühlte ich mich gesund." (16).

Wenn kein Zeichen einer Besserung erkennbar war, wurde die Insulinschock-Behandlung nach etwa zwei Monaten abgebrochen. Wie schwierig der alltägliche Umgang mit den Kranken war, gerade wenn sich kein Erfolg abzeichnete, zeigt das folgende Beispiel (17):

Die im 41. Lebensjahr stehende Maria D. war seit knapp einem Jahr in der Anstalt Eglfing-Haar untergebracht. Ihre Diagnose war von der psychiatrischen Universitätsklinik München übernommen und lautete auf Schizophrenie und Liebeswahn. Im Krankenblatt wurde der Verlauf ihrer Insulinschock-Behandlung täglich festgehalten:

| "Tag und<br>Woche | Verhalten                                              |                                                                                                        |
|-------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   | in der Hypoglykämie                                    | außerhalb der Hypoglykämie                                                                             |
| 31.X.             | lästig und viel jammernd.                              | Haus 22 E.                                                                                             |
| 1.XI.             | lästig.                                                | ansprechbar und größtenteils fügsam, aber uneinsichtig, mitunter lästig.                               |
| 2.                | lästig und viel jammernd, mitunter wieder guter Dinge. | lebhaft, lästig und uneinsichtig, sträubt sich gegen das Fotografieren.                                |
| 3.                | von 9.15 ab ständig laut und sehr lästig.              | zeitweise lästig und zudringlich, weint zeitweise, verlangt nach Haus 22 zurück, kurze Zeit sehr laut. |
| 4.                | den ganzen Vormittag lästig, spuckt nach Herrn Doktor. | zeitweise sehr lästig und laut.                                                                        |

- |     |                                                                                              |                                                                                                            |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.  | -----                                                                                        | lästig und eigenwillig, kurze Zeit erregt und laut.                                                        |
| 6.  | nahe am Shock, zugänglich.                                                                   | lästig und eigenwillig.                                                                                    |
| 7.  | tiefer Shock, langsames Erwachen, etwas fügsamer.                                            | lästig und eigenwillig.                                                                                    |
| 8.  | tiefer Shock, lästig, fügsam.                                                                | lästig und ganz uneinsichtig, sprunghaft im Denken und Reden.                                              |
| 9.  | von 9.25 - 10.40 leichter Halbschock, wird selbständig wacher - lästig.                      | etwas fügsamer, aber zeitweise lästig und zudringlich; drängt sehr fort.                                   |
| 10. | guter Shock, beim Erwachen weinerlich und jammernd.                                          | fügsam, läßt sich fotografieren, drängt aber sehr fort - ganz uneinsichtig.                                |
| 11. | lästig, singt längere Zeit nach dem Erwachen.                                                | immer lästig und eigenwillig; uneinsichtig.                                                                |
| 12. | -----                                                                                        | unverändert.                                                                                               |
| 13. | lästig und laut.                                                                             | vorlaut und uneinsichtig, bei der Visite lästig und laut, drängt an die Türen.                             |
| 14. | lästig und uneinsichtig.                                                                     | unverändert.                                                                                               |
| 15. | beim Erwachen kurze Zeit bescheiden und fügsam, deklamiert dann längere Zeit aus Dichtungen. | unverändert.                                                                                               |
| 16. | starker Schweiß, von 8.40 ab laut und zeitweise lästig, wirft Wäsche nach Herrn Doktor.      | unverändert.                                                                                               |
| 17. | leichter Shock, ruhig, abgespannt, zeitweise auch lästig.                                    | unverändert.                                                                                               |
| 18. | ruhiger Shock, fügsam, aber lästig.                                                          | wirft mutwillig sämtliche Zuckerbecher zu Boden, um von der Kur wegzukommen. kommt ins Bett, nörgelt viel. |
| 19. | -----                                                                                        | zu Bett; lästig und nörgelnd.                                                                              |
| 20. | lästig.                                                                                      | geschwätzig und uneinsichtig, mitunter auch kindisch und aufbrausend.                                      |

- |     |                                   |                                                                     |
|-----|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 21. | ruhiger, spricht mit sich selbst. | sucht zeitweise Unterhaltung, mitunter laut und uneinsichtig." (18) |
|-----|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------|

Innerhalb von 22 Tagen war Maria D. im Krankenblatt sechszwanzigmal als lästig beschrieben worden, neunmal als uneinsichtig, achtmal als laut. Weitere Begriffe, die eine Wertung ihres Verhaltens beinhalten, waren u.a.: eigenwillig, jammernd, zudringlich und weinerlich. Vermutlich als störend wurde empfunden, wenn sie sang, deklamierte oder mit sich selbst sprach. Als Lob galt wohl, wenn sie fügsam und ruhig war oder wenn sie sich bescheiden, zugänglich und ansprechbar zeigte. Über viele Tage hinweg fand sich im Krankenblatt keine einzige Bemerkung, die versuchte, ihr Verhalten zu verstehen oder einen Grund dafür ausfindig zu machen.

Die Behandlung wurde schließlich abgebrochen. Die Begründung in der Krankengeschichte lautete: "Unverändert psychotisch. Launisch und unberechenbar. Schimpft über die Kur, benörgelt und bekrittelt alles, was um sie vorgeht. Lästig und klebrig bei der Visite. Völlig uneinsichtig und unbeeinflussbar. Da bisher nicht die geringste Besserung zu bemerken ist und bei der langen Krankheitsdauer und dem augenblicklichen Zustandsbild ein Erfolg nicht zu erwarten ist, wird die Insulinbehandlung beendet. Ergebnis: erfolglos" (19).

Täglich wurde in der Insulinkurve das Körpergewicht der Kranken vermerkt, denn wie BRAUNMÜHL festgestellt hatte (20), ließen sich daraus erste Hinweise auf den Erfolg der Behandlung gewinnen. Er unterschied vier Reaktionsweisen: bei den einen entspricht die stetige Gewichtszunahme der psychischen Besserung ("Remissionstyp"), bei den anderen nimmt das Körpergewicht zu, ohne daß sich der psychische Befund wandelt ("Versagertyp"), bei der dritten Gruppe wird eine sich über Wochen hinziehende Gewichtszunahme durch einen plötzlichen Gewichtssturz abgelöst, dem eine Verschlechterung

des psychischen Bildes nachfolgt ("Reversionstyp"), bei der vierten Gruppe, dem Großteil der älteren Fälle, entwickeln sich Gewicht wie psychische Veränderung über Wochen nur langsam und unbefriedigend, doch festigt sich der Zustand, wenn das Körpergewicht eine gewisse Höhe erreicht hat ("Zögerertyp"). Diese Beobachtung - keine Genesung ohne Gewichtszunahme - glich den klinischen Erfahrungen mit Spontanremissionen, doch war bei der Insulinschock-Behandlung auf Wochen verkürzt, was sonst Monate in Anspruch nahm.

Ungefähr ein Siebtel der Fälle, vor allem paranoide Formen der Schizophrenie, konnten nur mit sehr hohen Dosen Insulin angegangen werden oder blieben sogar therapieresistent. BRAUNMÜHL überlegte sich, wie auch diesen Patienten zu helfen wäre. Er verdeutlichte seine Gedanken mit einem Bild: Ein Holztor, das mit Eisenbändern versperrt ist, kann man nicht durch bloße Erhöhung des Druckes sprengen, sondern nur durch wiederholtes Anrennen (21). Indem er diese Vorstellung auf die Kranken übertrug, bei denen auch höchste Insulingaben nicht zum "Durchbruch" führten, senkte er in ihrer Behandlung plötzlich die Dosierung, "um (dann) den Körper mit Insulin förmlich zu überschütten" (22). Das wiederholte er solange, bis es ihm gelang, den "Widerstand" zu brechen, d.h. die Reaktionslage zu ändern und den Kranken in ein Koma zu überführen.

Außerdem half die von ihm entwickelte "Zick-Zack-Methode" bei der Hypoglykämiebehandlung auch bei den übrigen Fällen die Sicherheit der Behandlung zu erhöhen und teures Insulin einzusparen. Denn es hatte sich gezeigt, daß der Organismus bei 72 % der Patienten während der Behandlung auf Insulin zunehmend empfindlicher reagierte, so daß nun bei derselben Dosis im Schockzustand abartige und gefährliche Zustandsbilder auftraten. Dieser Vorgang wurde "Sensibilisierung" genannt. Indem bei fortgeschrittener Behandlung die zum Schock nötige Insulindosis plötzlich auf den Ausgangswert verringert wurde, konnte eine eventuell abgelaufene Sensibilisierung aufgezeigt werden. Entsprechend der Zick-Zack-Methode konnte diese in den Behandlungsverlauf eingeschobene Testzacke sogar selbst eine Sensibilisierung herbeiführen, so daß die Behandlung mit geringeren Insulinmengen fortge-

setzt werden konnte.

BRAUNMÜHL kennzeichnete seine Haltung als Arzt durch das lateinische Sprichwort "salus aegroti suprema lex" (23). Als seine Zick-Zack-Methode kritisiert wurde, weil ihre Wirksamkeit angeblich auf psychogenen Faktoren beruhte, entgegnete er: "Unsere vielfach verwirrten, stuporösen und in ihrer Einstellung zur Umwelt so schwer gestörten Schizophrenen haben gewiß keine Einstellung auf eine Insulindosis, können also auch nicht hinsichtlich dieser Einstellung auf die Dosis desorientiert werden. (...) Wer freilich die neuen Behandlungsmethoden kurzerhand mit manchen Irrungen in der Behandlung Geisteskranker aus REILs und PINELs Zeiten abtut oder (...) durch 'Stimmungsmache um psychiatrische Heilsweisen' ärztlich-nüchternes Handeln erschwert, bleibt ein später Rufer 'einer heilunkundigen letzten Epoche der Psychiatrie'" (24). Sein Anliegen war es dagegen, der Fachwelt wie der Öffentlichkeit "zu zeigen, daß es in der Psychiatrie eine therapeutische Arbeits- und Forschungsrichtung mit ihr eigenen Frage- und Problemstellungen gibt" (25). Sie ermöglichte es seiner Meinung nach, viel wirkungsvoller als je zuvor die psychischen Krankheiten zu behandeln und ihre sonst so zerstörerischen Auswirkungen auf Umwelt wie Persönlichkeit des Kranken einzudämmen.

Wer die Insulin-Station aufgeschlossen besuchte, und es kamen viele aus dem In- und Ausland, der verließ sie "freudig und dankbar bewegt" (26), wie über die Teilnehmer der Gesellschaft deutscher Neurologen und Psychiater berichtet wurde. Nach den Worten des Berichterstatters verließen sie die Anstalt nach der für sie durchgeführten Besichtigung am 23.9.37 "mit dem Bewußtsein, hier etwas gesehen zu haben, was gerade uns Anstaltspsychiater mit neuer Hoffnung erfüllen kann: mit der vorerst etwas zaghaften, aber doch wundervollen Hoffnung, unseren armen Schizophreniekranken nun endlich mit einer wirksamen Behandlungsmethode Hilfe und Heilung bringen zu können" (27).

#### 4.2 Die Krampftherapie

Der ungarische Anstaltsarzt LADISLAUS VON MEDUNA (1896 - 1965) schlug einen anderen als den eben beschriebenen Weg zur Behandlung schizophrener Psychosen vor. Er ging von einem biologischen Antagonismus zwischen Schizophrenie und Epilepsie aus. Die Literatur kannte Fälle, wo die epileptischen Anfälle verschwanden, wenn eine schizophrene Erkrankung hinzukam, und wo umgekehrt ein spontan aufgetretener epileptischer Anfall die Remission eines schizophrenen Zustandsbildes bewirkte. MEDUNA verwandte nun Kampfer, ein schon seit langem bekanntes Krampfmittel, um bei seinen Kranken einen künstlichen epileptischen Anfall herbeizuführen. Danach stellte er, wie er 1936 berichtete, bei der Hälfte der insgesamt 26 von ihm behandelten Patienten, deren Prognose vom klinischen Bild her als schlecht zu bezeichnen gewesen wäre, eine Rückbildung der Symptome fest (28). Allerdings hatte der Kampfer erhebliche Nachteile, die eine Behandlung erschwerten. So löste er zum einen nicht in jedem Fall zuverlässig einen Krampf aus, zum anderen verlangte das Einspritzen von 30 - 40 ccm des zähflüssigen Öles in den angespannten Gesäßmuskel eine große Kraftanstrengung, so daß MEDUNAs Assistenten schon nach wenigen Injektionen die Hand erlahmte und sie erschöpft abgelöst werden mußten (29). Daher machte er schon bald Versuche mit Cardiazol, und dieses bürgerte sich dann rasch als geeignetes Krampfmittel ein. Es wurde als zehnprozentige Lösung intravenös gegeben.

Ein einzelner Krampfanfall dauerte etwa 32 - 60 Sekunden. Sein Ablauf war in sechs Stadien eingeteilt: im ersten Stadium der Absence hörte der Patient auf zu reden und antwortete auf Fragen nicht mehr, während sein Blick auf der Injektionsstelle haften blieb und in den Extremitäten ein Zucken und Vibrieren erschien. Nach einigen Sekunden gingen diese Bewegungen in Lidflattern und einfibrilläres Zittern der Gesichtsmuskulatur über (zweites Stadium: Vorphase). Das dritte Stadium, die Anfallsphase, begann damit, daß der Kranke aufschrie, sich aufrichtete oder von

der Unterlage emporschnellte. Er versuchte sich anzuklammern und äußerte sich in einer Art und Weise, die seine große Angst erahnen ließ. Er atmete tief ein, bis die Luft im folgenden tonisch-klonischen Krampf schreiend oder stöhnend aus dem Brustkorb ausgepreßt wurde. Das war das vierte Stadium. Die Arme und Beine waren dabei gestreckt und der Mund öffnete und schloß sich langsam. Die Atmung, die zwischendurch stillgestanden war, was die Haut blau verfärben ließ, kam wieder in Gang. Nachzuckungen, die sich bei vielen Kranken zeigten, und eine allgemeine Bewegungsunruhe wurden als fünftes Stadium zusammengefaßt. Der Kranke kehrte nun allmählich ins Bewußtsein zurück oder fiel übergangslos in tiefen Schlaf (sechstes Stadium).

Die Menschen, die einem Cardiazol-Anfall ausgesetzt und hinterher über ihr Erleben befragt worden waren, stimmten zwar in ihrer Aussage überein: "Mir kommt vor, es sind Jahrhunderte vergangen. Ich bin so leer, ich kann mich an nichts erinnern, ich habe alles vergessen" (30). Aber bis zu dem Zeitpunkt, in dem das Cardiazol seine volle Wirkung entfaltete, und das Bewußtsein schwand, erlitten die Kranken eine furchtbare Angst. BRAUNMÜHL war der Ansicht, als Seelenärzte sollten sich die Psychiater "um eine möglichst humane Gestaltung der Krampftherapie bemühen" (31). Auf seiner Station wurde der Krampfanfall deshalb meistens während der Hypoglykämie gesetzt, weil sie mit einer Bewußtseinseinschränkung einherging. Da dadurch unangenehme Sensationen im Erleben der Patienten vermieden wurden, konnte BRAUNMÜHL auch eine lang dauernde Therapie durchführen, ohne daß er mit dem Widerstand der betroffenen Kranken rechnen mußte.

Aus diesen beiden Gründen, um den Kranken unnötige Qualen zu ersparen und die Krampftherapie ungehindert anwenden zu können, unterstützte BRAUNMÜHL auch die Suche nach einem anderen Krampfmittel. Im Jahre 1938 überließ ihm die Firma Böhringer & Sohn große Mengen des neu entwickelten Krampfmittels Azoman. BRAUNMÜHL erprobte es in zwei Versuchsreihen: Reihe A umfaßte Patienten ohne Hypoglykämie, die Azoman intramuskulär oder intravenös erhielten, Reihe B Patienten in einer Hypoglykämienstufe, bei denen das Mittel nur intramuskulär verabreicht wurde. BRAUNMÜHL kam zum Er-

gebnis, die Anwendung des Azoman empfehlen zu können, obwohl es schwierig zu dosieren war und eine Überdosierung zu einer Häufung der Anfälle bis hin zum epileptischen Status führte. Denn Azoman wirkte im Gegensatz zum herkömmlichen Cardiazol intramuskulär gespritzt genauso gut wie bei intravenöser Injektion. Wie BRAUNMÜHL betonte, konnte der Arzt damit Fälle in Angriff nehmen, die bisher der Krampftherapie nicht zugänglich waren. Er dachte dabei zum einen an Kranke, deren Venen zu schlecht waren, zum anderen an chronisch schizophrene Patienten. Bei ihnen konnte Azoman auch intramuskulär gespritzt werden, wenn sie motorisch hochgradig erregt waren. Der dadurch ausgelöste Krampfanfall führte zu einer nachhaltigen Beruhigung, die der mit Hypnotika erzielten überlegen schien.

BRAUNMÜHL empfahl bei den frisch erkrankten Patienten unverändert die systematische Insulinschock-Behandlung, die auch mit Cardiazol-Krämpfen kombiniert werden konnte. Von der Behandlung mit Azoman-Krämpfen erhoffte er sich dagegen die Ruhigstellung der sogenannten "chronisch-erregten Defektschizophrenen", bei denen alle anderen Behandlungsversuche gescheitert waren. Er faßte seine Ausführungen mit den Worten zusammen: "Alles in allem möchten wir meinen, daß sich mit dem Ausbau einer besonnen (besonnen will bedeuten, strenge Anzeigenstellung für jeden Azoman-Krampf; Beendigung der symptomatischen Krampftherapie nach einer Serie von etwa 25 Anfällen, so die Anfälle wöchentlich fortlaufend 2 x gegeben wurden) durchgeführten Azoman-Krampftherapie gerade die der aktiven medikamentösen Therapie bislang wenig zugänglichen Häuser unserer Anstalten öffnen. Das würde einen großen Gewinn für Arzt, Pflegepersonal und nicht zuletzt für die Kranken selbst bedeuten" (32).

War die Azoman-Krampftherapie für die Kranken wirklich ein so großer Gewinn, wie BRAUNMÜHL annahm? Nach einer über Wochen ausgedehnten Behandlung hieß es in der Krankengeschichte einer Patientin: "13.7.39. Etwas ruhiger. Zugänglich. Beschäftigt sich auch mit Nährarbeiten. Drängt allerdings ziemlich einsichtslos hinaus.(...) Schildert ganz interessant ihre Empfindungen während der Azomanbehandlung. Bittet inständigst, sie nicht mehr zu spritzen, sie leide sehr darunter, glaube jedesmal, sterben zu müssen. Muß aber selbst zugeben, daß sich ihr Zustand gebessert hat. Beschäftigt sich jetzt seit einigen Tagen!" (33).

Das Mittel der Wahl zur Behandlung der schizophrenen Erkrankung, aber auch anderer psychiatrischer Krankheitsbilder, wurde schließlich im Elektrokampf gefunden. Es wurde als ein Vorteil gegenüber den chemischen Krampfmitteln angesehen, daß er unabhängig vom Zustand der Venen des Patienten angewandt werden konnte, nicht zum Erbrechen nach dem Anfall führte, kein Nachspritzen bei Therapieversagern erforderte und störende Mißempfindungen im Erleben durch die sofort eintretende Bewußtlosigkeit verhinderte. Da er außerdem einfach und schnell anzuwenden war, außer den einmaligen Ausgaben für die Anschaffung des Gerätes so gut wie keine Kosten verursachte und in seinem therapeutischen Effekt dem des Cardiazols entsprach, erlangte er in den Heil- und Pflegeanstalten rasch eine große Bedeutung bei der Behandlung psychisch Kranker.

Die Elektrokampf-Therapie geht zurück auf den Italiener LUCIO BINI (1908 - 1964). Angeregt durch Beobachtungen auf dem Schlachthof versuchte er, bei Tieren epileptische Anfälle mittels elektrischen Stroms hervorzurufen. In Zusammenarbeit mit ihm konnte UGO CERLETTI (1877 - 1963) im Mai 1938 über erste Anwendungen bei Menschen berichten. Obwohl beide bis dahin nur geringe Erfahrungen gemacht hatten, hatten sie schon erkannt, daß der Elektrokampf zur "unmittelbaren und absoluten Bewußtlosigkeit des Subjektes (führt), die während des gesamten Shockvorganges andauert. Die um ihre Empfindungen befragten Kranken behaupten, nichts zu wissen, einfach geschlafen zu haben. Es fehlt fernerhin der leichte Erregungszustand, welcher oft dem Cardiazolshock folgt. Die Kranken schlafen nach dem Elektroshock länger als jene mit Cardiazol behandelten; nach dem Erwachen sind sie guter Laune und ruhig" (34).

Als im folgenden Jahr über 100 Fälle abgeschlossener Elektrokampf-Therapie berichtet wurde, fühlte sich BRAUNMÜHL veranlaßt, die Methode an Ort und Stelle zu studieren. Zu diesem Zweck fuhr er im November 1939 nach Sondrio in Oberitalien. Was er dort sah, beeindruckte ihn so sehr, daß er das neue Therapieverfahren zum frühestmöglichen Zeitpunkt auf seiner Insulin-Station in Eglfing-

Haar einführen wollte. Das benötigte Elektrokampf-Gerät wurde von der Firma Siemens-Reiniger als Einzelstück angefertigt. In den folgenden zwei Jahren bis Ende 1941 wurden in Eglfing-Haar etwa 6.000 Krämpfe mit elektrischem Strom gesetzt.

BRAUNMÜHL war darum bemüht, die Methode weiter zu entwickeln und die praktische Handhabung der Elektrokampf-Therapie zu verbessern (34). Schon in den ersten zwei Wochen nach ihrer Einführung in Eglfing-Haar ging er davon ab, die Elektroden am Kopf des Kranken starr mit Haube oder Band zu befestigen. Statt dessen führte er mobile, von Hand geführte Elektroden ein. Benutzte er anfangs behelfsmäßig zwei alte Hörmuscheln eines Radioapparates, in die ein Bleikern eingegossen war, so konnte er später auf Elektrodenmodelle zurückgreifen, die in Zusammenarbeit mit der Firma Siemens-Reiniger zu größerer Vollkommenheit weiterentwickelt worden waren. 1942 schrieb BRAUNMÜHL befriedigt: "Die Handgriffform des nunmehrigen Serienmodells ist äußerst griffig" (35).

Ferner hatte sich BRAUNMÜHL wegen der großen Zahl der Patienten, die er behandelte, dazu entschlossen, das Elektrokampf-Gerät fest an einer Stelle des Raumes zu belassen und an ihm die beiden Elektroden über ein 23 Meter langes Kabel zu befestigen. Eine Pflegerin trat nun vom Kopfende des Bettes an den Kranken heran und legte ihm die Elektroden links und rechts an die Schläfen. Indem sie sie fest andrückte, stellte sie den Kontakt her. Eigens noch vor Beginn der Behandlung den elektrischen Widerstand des Kopfes zu messen, wie es zu Beginn der Elektrokampf-Therapie in Eglfing-Haar üblich war, erwies sich mit zunehmender Erfahrung als überflüssig. Wenn alles zum Krampf bereit war, betätigte die Pflegerin mit dem rechten Zeigefinger einen kleinen Knopf an der Elektrode, worauf am Apparat eine grüne Lampe aufleuchtete. Der dort stehende Arzt wußte dann, jetzt konnte er den Strom einschalten - bei einer Spannung von 110 Volt und einer Stromstärke von 350 Milliampere zuerst für eine halbe Sekunde. Ließ sich so kein Anfall auslösen, betätigte die Pflegerin am Bett des Patienten die Rückmeldelampe an der Elektrode. Der Arzt am Elektrokampf-Gerät verlängerte darauf die Durchlaufzeit des Stromes um 3/10 Sekunden. Dies wurde solange wiederholt, bis

der Krampf eintrat.

Es wurde nicht als notwendig angesehen, die Patienten auf die Elektrokrampf-Therapie eigens vorzubereiten. Am Morgen des Behandlungstages blieben sie nüchtern, und die besonnenen unter ihnen wurden aufgefordert, zuvor die Toilette aufzusuchen. Da während des Krampfanfalls bisweilen unwillkürlich Stuhl, Urin oder Samen abging, legte eine Pflegerin sicherheitshalber noch eine Molton-Decke auf das Bett, damit es nicht verschmutzt werden konnte. Die Kranken erhielten ein Taschentuch in den Mund geschoben, damit sie sich während des Krampfes nicht in die Zunge bissen. Da durch das ruckartige Anspringen der Muskulatur im Krampf die Gefahr von Frakturen des Schultergürtels, der Wirbelsäule und des Schenkelhalses bestand (36), war es von besonderer Wichtigkeit, die Kranken richtig zu lagern. BRAUNMÜHL ließ sie die von ihm entwickelte und so bezeichnete "embryonale Lagerung" einnehmen. Darunter verstand er eine Kauerstellung in Seitenlage mit angezogenen Armen und Beinen. Er hielt sie für eine physiologische Schutzstellung, die in Erwartung drohender Gefahren eigentlich reflektorisch von selbst eingenommen werde. Bei der Durchführung der Elektrokrampf-Therapie geschah dies seiner Meinung nach nur deshalb nicht, weil die Ärzte den Kranken davon abhielten, um den Ablauf der Behandlung zu erleichtern. Wer willig und ansprechbar war, den forderte man noch unmittelbar vor der Krampfsetzung auf, die Muskel kräftig anzuspannen. Nur wenn keine Mitarbeit zu erzielen war, wurde der künstliche Krampfanfall in der risikoreicheren Rückenlage durchgeführt. Dann zeigte der Kranke besonders deutlich die sogenannte "Hampelmannbewegung". So nannte BRAUNMÜHL das Zurückwerfen der Arme verbunden mit dem gleichzeitigen Beugen von Knie und Hüfte und dem Abspreizen der Beine, das während des Krampfanfalls zu beobachten war. Im übrigen glich der Ablauf eines Anfalls einem epileptischen oder einem künstlichen, mit chemischen Mitteln herbeigeführten.

Etwa fünf Minuten nach dem Anfall waren die mit dem Elektrokrampf behandelten Patienten wieder ansprechbar, auch wenn sie noch nicht das volle Bewußtsein wieder erlangt hatten. Eine Untersuchung über ihr

Erleben während der Behandlung (37) ergab, daß Beginn und Verlauf des Krampfes nicht erinnert wurden. Ein Patient sagte: "In dem Moment, wo man die Elektroden angelegt bekommt, weiß man nichts mehr" (38). Beim Aufwachen äußerten sich dementsprechend einige überrascht, daß die Behandlung schon vorbei war. Sie hatten das Gefühl, lange geschlafen zu haben und es dauerte seine Zeit, bis sie ihren Aufenthaltsort wieder erkannten. "Alles ist etwas Fremd. Die Dinge stehen nicht im gleichen Verhältnis wie früher." Wie nach einem langen Schlaf mußte die eigene Welt erst aus einzelnen Beobachtungen, wie dem vertrauten Blick aus dem Fenster, wiederaufgebaut werden. Erleichterung war zu spüren: "Man glaubt, man ist in einen Abgrund gestürzt und ist dann wieder in Sicherheit. Man fühlt sich geborgen." Allmählich kehrte die Erinnerung an die Ereignisse vor dem Anfall wieder zurück, während der Krampf selbst und die folgende Viertelstunde keinen bewußten Eindruck hinterließen. So kannten die Patienten auch keine Angst während der Behandlung, aber im Laufe der Zeit entwickelte sich eine Furcht vor der Behandlung, nämlich davor, nicht mehr aufzuwachen oder eine andere Person zu werden. "Das ganze Denken wird ausgeschaltet. Wenn ich wieder aufwache, bin ich empfindungsmäßig anders als früher." Einige empfanden die Behandlung auch als Strafe für ihr früheres "schlechteres" Leben. Ein bis zwei Tage nach dem Elektrokampf fühlten sich die Patienten oft noch wie benommen; unter Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen litten sie bisweilen noch länger.

In Eglfing-Haar wurden oft alle Patienten eines Krankensaales, einer nach dem anderen mit dem Elektrokampf behandelt. Man ließ sie dazu die Ausgangsstellung, also die embryonale Lagerung in rechter Seitenlage einnehmen und so warten, bis sie an der Reihe waren. Inzwischen wurde am äußersten Ende des Saales, dem alle den Rücken zukehrten, der erste "gekrampft", was für die anderen nicht zu sehen, aber doch zu hören war. Dann folgte der, der im nächsten Bett lag, und so ging es weiter, bis alle behandelt waren. Man arbeitete dabei vollkommen offen, ohne Wandschirm oder Neben- bzw. Seitenzimmer. Denn BRAUNMÜHL war der Auffassung, daß

gerade diese Offenheit entwapfnet und geneigt macht; an die seelischen Qualen der wartenden Patienten (39) dachte er nicht. Er wollte eine "Atmosphäre des Vertrauens schaffen". "Die Bestimmtheit des Therapeuten und der Ernst der ihn unterstützenden Hilfskräfte sollen dem Kranken zeigen, daß das Unabänderliche zu seinem Nutzen geschieht" (40). Damit, so faßte BRAUNMÜHL zusammen, ließen sich so gut wie alle Schwierigkeiten der Behandlung überwinden.

Nach BRAUNMÜHL bestanden im wesentlichen vier Indikationen für die Elektrokrampf-Therapie:

- Für eine systematische Behandlung eigneten sich akute Erkrankungen an Schizophrenie, depressive Zustandsbilder aller Art und bei ihnen besonders sogenannte klimakterische Depressionen. BRAUNMÜHL wählte hier die Blockmethode, d.h. er setzte an zwei aufeinanderfolgenden Tagen zwei Krämpfe, nach einem Schontag gegebenenfalls einen oder zwei weitere; in der Gesamtzahl ging er aber nicht über 10 - 12 hinaus.
- Prophylaktisch konnten Kranke behandelt werden, deren Leiden einen phasenhaften Verlauf zeigte. BRAUNMÜHL schlug vor, bei ihnen alle ein bis zwei Jahre eine kurze Krampfserie vorbeugend einzulegen, um Rezidive zu verhindern (41).
- Eine symptomatische Behandlung bot sich bei Patienten mit einer chronischen Schizophrenie an. BRAUNMÜHL berichtete, daß es ihm gelungen sei, mit einem wöchentlich oder in größeren Abständen gesetzten Elektrokrampf Kranke auf einer ruhigen Abteilung mit hochwertiger Arbeit zu halten. Indem er die Krampftherapie mit einer zielstrebigten Erziehung zur Beschäftigung verband, sah er darin einen Versuch, "das Abgleiten anstaltspflegebedürftig gebliebener Schizophrener in Richtung des asozialen schizophrenen Defekts tunlich zu vermeiden" (42).
- Durch einen "Krampfrest" konnte zudem bei chronisch kranken, stuporösen Patienten die therapeutische Ansprechbarkeit im Voraus abgeklärt werden. Es war darauf zu achten, ob sich bei ihnen nach wiederholten Krampfblock innerhalb von 14 Tagen irgendwelche Ansätze einer Klärung zeigten. Wenn dies der Fall war, konnte bei ihnen eine systematische Behandlung mit Insulin versucht werden.

Während an manchen Anstalten die einfach durchzuführende Elektrokrampf-Therapie der technisch aufwendigen und risikoreichen Insulinbehandlung vorgezogen wurde, wandte in Eglfing-Haar BRAUNMÜHL weiterhin beide Methoden an. "Insulinschock- und Krampfbehandlung schließen sich nicht aus, sondern ergänzen sich. Beide Verfahren sind für die Therapie der Psychosen ganz unentbehrlich" (43). Denn seiner Meinung nach brauchte der "Insulin-Therapeut" den Krampf, um katatone Patienten, solche mit einer ratlos-ängstlichen Schizophrenie und vor allem die Kranken, die an einer Depression litten, erfolgreich behandeln zu können, während, wie er weiter ausführte, der "Krampftherapeut" die Insulinschock-Behandlung benötigte, um die durch den Krampfanfall bewirkte Besserung sichern zu können. Nach 700 abgeschlossenen Behandlungsfällen hielt BRAUNMÜHL die kombinierte Schock-Krampf-Behandlung für die Methode der Wahl. "Im Hinblick auf das anzustrebende Höchstmaß therapeutischer Leistung nach Zahl, Güte und Brauchbarkeit und vor allem Dauer der zu erarbeitenden Remissionen ist nach unseren Erfahrungen jedwedes andere Vorgehen unbefriedigend" (44). Insbesondere lehnte BRAUNMÜHL die reine Krampftherapie ab, denn, wie er beobachtet hatte, konnten zwar während der Behandlung eindrucksvolle Besserungen im psychischen Zustand des Kranken erzielt werden, die zudem "mit solcher Präzision eintraten, daß man da und dort daran ging, vor einem Besuchstag oder an einem Geburtstag des Kranken Krämpfe zu setzen", doch auf Dauer würden keine endgültigen Erfolge erzielt. BRAUNMÜHL ging so vor, daß er zu Beginn der Behandlung den Patienten 15 - 20 ausreichend tiefen hypoglykämischen Schocks aussetzte, was er als Insulinbasis bezeichnete. Ihnen schloß sich ein "Krampfblock" mit zwei bis vier Krämpfen an. War so eine Besserung erreicht, folgten erneut mehrere tiefe Insulinschocks, mit denen der erreichte Zustand gefestigt werden sollte. Sein Ziel war es, in Zusammenarbeit mit anderen Therapeuten Gesichtspunkte festzulegen, nach denen eine kombinierte Insulinschock- und Krampfbehandlung in systematischer Art und Weise durchgeführt werden sollte.

Immer wieder trat BRAUNMÜHL für ein aktivtherapeutisches Vorgehen ein, besonders eindringlich 1941 in seiner Arbeit "Einige grundsätzliche Bemerkungen zur Schock- und Krampfbehandlung der Psychosen". Sehr scharf wandte er sich gegen Kritiker der beiden somatischen Behandlungsmethoden, wenn sie sie mit therapeutischen Verfahren aus den Anfangsjahren der Psychiatrie wie Drehstuhl und Spritzmaschine verglichen. BRAUNMÜHL war dagegen überzeugt, daß Insulinschock- und Krampftherapie eine eigenständige und fruchtbare Forschungsrichtung in der Psychiatrie einleiteten. Ihn beschäftigte die Frage, warum die neuen Behandlungsmethoden es so schwer hatten, sich durchzusetzen. Er machte zwei Gründe aus. Zum einen bedeuteten die somatischen Therapieverfahren für den Anstaltsarzt eine Umstellung von einer beobachtenden und deskriptiven Psychiatrie zu einem aktivtherapeutischen Vorgehen und klinisch-medizinischem Handeln. BRAUNMÜHL hielt den Aufbau einer Insulinabteilung und die Durchführung der Behandlung zwar für schwierig, da gegen Vorurteile anzukämpfen war, aber er sah darin kein unüberwindbares Hindernis. "Bei richtiger Technik können Erfolge nicht ausbleiben! Kritische Beobachter und therapeutische Nihilisten, wichtige 'Umweltfaktoren' für den Therapeuten, werden sich den aufzuzeigenden Ergebnissen nicht verschließen und es wird so systematischerer Arbeit gelingen, eine Anstalt langsam aber sicher auch im Sinne der therapeutischen Aufgabe umzustellen" (45). Zum anderen führte BRAUNMÜHL einen "Systemfaktor" der Psychiatrie an. Denn Ärzte, die in ihrem Beruf heilen und helfen wollten, hätten sich nicht der Psychiatrie zugewandt, da sie sich in ihrer klassischen Ausrichtung auf die Diagnostik psychischer Erkrankungen beschränkt und unentwegt an der Aussichtslosigkeit und Hoffnungslosigkeit jeder therapeutischen Arbeit festgehalten haben. "Man mag sich zu den Belangen der klinischen Psychiatrie stellen wie man will: es bleibt die Feststellung, daß sich jedenfalls unter therapeutischen Gesichtspunkten die Trennung von Klinik und Anstalt als sehr ungünstig auswirkt (...). Im Helfen aber, so meinen wir, hat die Psychiatrie im Laufe ihrer klinischen Entwicklung man-

ches unterlassen" (46). Für ihn war die Insulinschock- und Krampfbehandlung erst der Anfang einer weitgehend therapeutischen Ausrichtung der Psychiatrie.

Nachdem BRAUNMÜHL Patienten in Eglfing-Haar fünf Jahre lang auf diese Art und Weise behandelt hatte, zog er eine erste Bilanz seiner therapeutischen Arbeit. Dazu wertete er statistisch alle Fälle von schizophrener Erkrankung aus, die er in der Zeit vom 3. November 1939 bis zum 1. September 1941 in Behandlung genommen hatte (siehe Tabelle 15). Es waren 563 Menschen; bei 31 von ihnen mußte die Behandlung vorzeitig abgebrochen werden, zwei starben im durch Insulin verursachten hypoglykämischen Schock. 41,3 % aller Patienten waren seiner Meinung nach vom Schub geheilt, bei weiteren 36,2 % trat eine Besserung ein. Diese Zahlen lagen doppelt so hoch, wie aus Erfahrung ohne Behandlung zu erwarten gewesen wäre (47). Damit hatte die Insulinschock- und Krampfbehandlung vielen Menschen zumindest vorübergehend ein trostloses Leben in der Anstalt erspart. Die Rückfallquote betrug 18,2 %. Wenn sich ein Rückfall ereignete, trat dieser meist schon innerhalb eines Jahres nach Abschluß der Behandlung ein. BRAUNMÜHL machte die Erfahrung, daß bei ihnen eine erneute Therapie durchaus angebracht und als erfolgversprechend anzusehen war.

Vom klinischen Krankheitsbild her sprachen Patienten mit der kataton-erregten Form der schizophrenen Erkrankung am besten auf die Behandlung an, danach folgten solche mit kataton-stuporösen Erscheinungen bzw. mit paranoiden Inhalten (siehe Tabelle 16). Am geringsten waren die Erfolgsaussichten bei hebephrenen Formen. Zudem erwies sich auch die Krankheitsdauer von entscheidender Bedeutung. War sie länger als ein Jahr, verschlechterten sich die Prozentzahlen von Heilungen und Besserungen drastisch. Schon Jahre zuvor hatte BRAUNMÜHL ausführlich über den Verlauf der Behandlung bei einzelnen Patienten berichtet. Eine davon war die 22-jährige Hildegard F., die wegen Beziehungs-, Verfolgungs- und Versündigungsideen in eine Anstalt eingewiesen worden war und deren Diagnose auf Schizophrenie lautete. Kurz vor

der Behandlung zeigte sie sich ängstlich und gespannt, verkann- te Personen und halluzinierte viel. Beispielhaft griff BRAUN- MÜHL eine ihrer Äußerungen heraus: "Ich schlafe heute Nacht nicht, ich bemühe mich, wach zu bleiben, es wird etwas Schreck- liches passieren. (...) Ich merke doch, daß sich etwas ereig- nen muß. Ich werde verfolgt. Man sagt mir etwas: daß ich je- mand ermordet habe, 'indirekt ermordet'. Warum stehe ich hier unter Volksbewachung? Was die Damen doch alles sagen - ich mer- ke es doch - man sagt mir, ich sei eine Mörderin; ich kann aber doch nicht sagen, daß ich jemand umgebracht habe, wenn ich es nicht getan habe. - Es muß etwas Furchtbares passieren" (48).

Sechs Wochen einer Insulinschock-Behandlung brachten keine Bes- serung, dann wurden mit Cardiazol mehrere Krämpfe gesetzt. Plötzlich änderte sich ihr Verhalten. BRAUNMÜHL belegte es mit einem Brief, den die junge Frau jetzt an ihre Mutter und Groß- mutter schrieb: "Meine liebe Mutter, liebe Großmutter! Einen Tag wollte ich doch abwarten, ob das 'Einschnappen' meines Gei- stes auch hoffentlich von Dauer ist. Jetzt will ich Euch aber doch wieder als alte Hilde schreiben! Denke Dir Mutti, Samstag- abend im Bett, mitten drinnen hat es nach einer Aussprache mit den anderen gedämmert und jetzt ist es so wie früher ungerufen. Essen tue ich natürlich jetzt auch, das hat eben alles dazu geführt, der Verfolgungswahn, das Nichtessen. Ihr könnt Euch das Gefühl gar nicht vorstellen, von allen Ängsten befreit zu sein. Man ist so- zusagen neu geboren. Jetzt freue ich mich schon so auf Sonntag und Dich, liebe Mutti. Eher hätte es 'einschnappen' müssen, dann hättest Du auch schon etwas davon gemerkt, aber wir kön- nen auch so nicht mehr wie recht zufrieden sein. Wie geht es Euch denn? Ich bin ja so glücklich" (49). Vier Wochen später wurde die Patientin, der ihre Besserung so unbegreiflich war, entlassen. Hildegard F. ging danach wieder ihrem Beruf nach.

Oft mußten die Kranken auch dann noch auf der Insulinstation blei- ben, wenn ihre Behandlung erfolgreich abgeschlossen war. Denn da ihr Leiden als ererbt verstanden wurde, fielen sie während der nationalsozialistischen Herrschaft unter das Gesetz zur

Verhütung erbkranken Nachwuchses (vgl. 5.2). Sie durften nicht eher entlassen werden, bis daß sie sterilisiert und unfruchtbar gemacht worden waren. Auch BRAUNMÜHL teilte die Auffassung, daß die Ursache der psychischen Erkrankung in einer genetischen Erb-anlage zu suchen und deshalb durch die somatischen Behandlungsmethoden nicht zu beeinflussen sei. Wie er berichtete, erfolgte auf seiner Insulin-Station "die erste Aufklärung über das Un-vermeidliche" (50) durch die auf ihre Sterilisation wartenden Mitpatienten. WINTER stellte durch ihre Untersuchungen an 660 sterilisierten Frauen aus Eglfing-Haar fest (vgl. 5.2), daß die Operation schwieriger war, wenn ihr eine Insulinschock- oder Krampfbehandlung vorausgegangen war: die Kranken waren erregbarer, es war aufwendiger, die notwendige Narkosetiefe zu erreichen, die Blutungsbereitschaft nahm zu und postoperative Komplikationen waren deutlich verstärkt (51). BRAUNMÜHL dagegen zeigte sich befriedigt darüber, daß die durch Insulinschock- und Krampfbehandlung erreichten Besserungen des psychischen Zustandes sich als beständig erwiesen. "Bei der Durchführung (der Sterilisation) ergaben sich bei den erfolgreich Behandelten keinerlei Rückfälle in die schizophrene Psychose, jedoch vielfach reaktive Verstimmungen verständlicher Natur" (52).

In der Zeit vom 3.11.36 bis 1.9.41 waren die Patienten der Insulinstation Eglfing-Haar mit ungefähr 40.000 Insulinschocks und 6.000 Krampfanfällen behandelt worden. Die therapeutische Arbeit konnte auch während des Krieges ungestört und mit ausreichend Insulin versehen fortgesetzt werden. Aus dem Reservelazarett Eglfing (vgl. 2.3) wurden viele junge Soldaten überwiesen, deren frische schizophrene Erkrankungen eindrucksvolle Behandlungserfolge ermöglichten. Erst gegen Kriegsende erschwerten die wiederholten Fliegeralarme und -angriffe die Durchführung der Behandlung: so mußten komatöse Patienten fast täglich in den Keller getragen werden. Aber auch unter diesen schwierigen äußeren Bedingungen wollte BRAUNMÜHL die Behandlung fortsetzen, von deren Notwendigkeit er überzeugt war.

Die Methoden der somatischen Behandlung von psychischen Erkrankungen änderten das herkömmliche Verhältnis des Anstaltsarztes zu seinem Patienten. Viel stärker als zuvor mußte der Kranke erdulden, was der Arzt aktiv an ihm ausführte. Statt psychischer Befunde standen nun körperliche Erscheinungen im Vordergrund und bestimmten den weiteren Verlauf der Behandlung. Ihre Ausprägung hing von der Persönlichkeit des Kranken ab, so daß der Arzt jeden seiner Patienten genau beobachten mußte, um den Fortgang der Behandlung festlegen zu können. Wie es in anderen Bereichen der Medizin schon längst üblich war, griff seit der Einführung der Insulinschock-Behandlung und Krampftherapie auch der Psychiater tief in die Körperlichkeit seines Patienten ein. Er versuchte ihn zu heilen, indem er ihn bis an die Grenze von Leben und Tod führte. Die Schwere der Erkrankung gab ihm das moralische Recht, so zu handeln, ja machte es ihm seiner Meinung nach sogar zur Pflicht.

## 5. Die Anstalt in der Zeit des Nationalsozialismus

Die Übernahme der Regierung durch die Nationalsozialisten führte zu einer verstärkt rassenhygienischen Ausrichtung der Anstaltspsychiatrie. Die Jahresberichte der Anstalt Eglfing-Haar und wissenschaftliche Veröffentlichungen von Anstaltsärzten veranschaulichten, wie in einer Anstalt die Maßnahmen zur Rassenhygiene aufgenommen und wie an ihrer Durchführung mitgewirkt wurde.

### 5.1 Rassenbiologische Gedanken in der Psychiatrie vor 1933

Als gegen Ende des 19. Jahrhunderts die Zahl der in Heil- und Pflegeanstalten untergebrachten Menschen in erheblichem Umfang zugenommen hatte (vgl. 1.4), fragten sich viele Psychiater, aber auch Wissenschaftler anderer Fachrichtungen, wie dieses Geschehen zu erklären sei. Einige führten es auf die tiefgreifenden sozialen Veränderungen jener Zeit zurück, andere nahmen an, daß eine "erbliche Entartung" für den Anstieg psychischer Erkrankungen verantwortlich zu machen sei. Sie verstanden darunter allgemein das Auftreten neuer vererbbarer Eigenschaften, die "die Erreichung der allgemeinen Lebensziele" (1) erschwerten oder unmöglich machten bzw. deren Häufung auf Kosten günstigerer Anlagen unter dem Einfluß von Auslesevorgängen. Bezogen auf die gesamte Bevölkerung würde sich diese Veränderung des Erbgutes in einer quantitativen Abnahme und qualitativen Verschlechterung der Nachkommenschaft auswirken.

Diese Gedankengänge führten dazu, daß in der Psychiatrie die Erbllichkeit psychischer Erkrankungen verstärkt untersucht wurde.

Zu Beginn der Forschung vor der Jahrhundertwende wurde die "erbliche Belastung" eines Kranken festgestellt, indem wahllos alle psychiatrischen und neurologischen Auffälligkeiten bei seinen Vorfahren und in seiner Verwandtschaft gesammelt und, ohne ihre jeweilige Ausprägung zu berücksichtigen, zusammengezählt wurden. Diese undifferenzierte Methode legte die Erblichkeit fast aller psychischen Erkrankungen nahe. Erst als nach 1900 die Bedeutung der MENDELSchen Gesetze über die Vererbung genetischer Anlagen erkannt und im folgenden ihre Anwendung auf die psychischen Erkrankungen entwickelt wurde, konnten genauere Ergebnisse gewonnen werden.

Auf diesem Gebiet war in den zwanziger Jahren das Institut für Genealogie und Demographie der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München führend. Diese 1918 von KRAEPELIN ins Leben gerufene Einrichtung sollte unabhängig von Krankenversorgung und Studentenunterricht ausschließlich der psychiatrischen Forschung vorbehalten sein; sie umfaßte außer dem genannten Institut solche für Hirnpathologie, Serologie und experimentelle Therapie sowie für Spirochätenforschung. Die psychiatrische Aufnahmestation des städtischen Krankenhauses München-Schwabing diente ergänzend als klinisches Institut. Zum Vorstand der einzelnen Abteilungen wurden jeweils anerkannte Fachwissenschaftler berufen.

Das Institut für Genealogie und Demographie wurde von dem Schweizer ERNST RÜDIN (1874 - 1952) geleitet. Er hatte als einer der ersten die Erkenntnisse MENDELS auf die psychiatrische Erbforschung bezogen und außerdem neue Verfahren angewandt, mit denen Zufälligkeiten, rechnerische Fehler und die Einseitigkeit des erhobenen Materials ausgeglichen werden konnten. Zu seinen zahlreichen Mitarbeitern und Schülern zählte in der ersten Hälfte der zwanziger Jahre auch der damalige Oberarzt der Anstalt Eglfing JOSEPH ENTRES (1883 - 1950). ENTRES hatte sich dadurch einen Namen gemacht, daß es ihm 1921 gelungen war, die dominante Vererbung der HUNTINGTONSchen Chorea nachzuweisen. Dieses Krankheitsbild hatte zwar in der Klinik nur geringe Bedeutung, da es äus-

serst selten vorkam. Aber für die Erbforschung war es das erste Mal, daß bei einer Erkrankung mit psychiatrischen und neurologischen Erscheinungen der Erbgang einwandfrei festgestellt werden konnte.

In seiner Untersuchung hatte ENTRES 15 in der Literatur bisher nicht beschriebene Krankheitsfälle von HUNTINGTONScher Chorea erfaßt, die er unter den Patienten der psychiatrischen Klinik München und der oberbayerischen Heil- und Pflegeanstalten Eglfing, Haar und Gabersee gefunden hatte. In Zusammenarbeit mit der Deutschen Forschungsanstalt stellte er Familienstambäume der betroffenen Kranken auf. Er schrieb über das Ergebnis seiner Erhebung: "Nur in 1 Fallegelang es nicht, über die Vorfahren direkter Linie lückenlose und verwertbare Angaben zu erlangen, die ein getreues Bild von Persönlichkeit und Gesundheitszustand gestattet hätten. Der einzige überlebende, direkte Nachkomme dieses Falles erscheint auf eine sich anspinnende Huntingtonsche Chorea hin höchst verdächtig durch starre, maskenartige Gesichtszüge, zerstreutes Wesen, fahrigte Bewegungen. Bei 2 anderen Fällen war derjenige Elternteil, durch den die Chorea übertragen wurde, nachweislich nicht an Chorea erkrankt. Es litten aber Verwandte anderen Grades an chronisch-progressiver Chorea. Außerdem war der fragliche Elter jedesmal in verhältnismäßig so frühem Lebensalter verstorben, daß der Ausbruch einer Huntingtonschen Chorea bei ihm zu Lebzeiten noch nicht hatte erwartet werden können. In den übrigen 12 Fällen wurde der Nachweis direkter erblicher Übertragung des Leidens, oft auf viele Generationen zurück, mit absoluter Sicherheit erbracht" (2). Indem er seine Erhebungen noch durch eine Bearbeitung der bisher veröffentlichten Fälle der Literatur ergänzte, fand er eine zusätzliche Bestätigung seines Befundes.

ENTRES stellte das Ergebnis seiner Untersuchung selbst in den größeren Zusammenhang der Rassenhygiene. Man verstand darunter das seit etwa der Jahrhundertwende bestehende Bestreben, die menschliche Fortpflanzung ärztlicher Überwachung zu unterstellen, um der angeblich feststellbaren erblichen Entartung Einhalt zu

gebieten. ENTRES sagte dazu: "Geschieht bei Krankheiten, welche in ihrem Erbgang so klar durchschaut sind, wie dies bei der Huntington'schen Chorea der Fall ist, nichts, so wird bei weniger gut durchforschten Erbkrankheiten erst recht nichts geschehen, und es wird dann wohl jede Aussicht auf Gesundung des Erbbestandes unseres Volkes vergebens sein" (3). Außerdem sprachen seiner Meinung nach in diesem Fall auch ärztlich-therapeutische Gründe dafür, rassenhygienische Maßnahmen zu veranlassen. Denn weil es eine spezifische Therapie dieser Krankheit nicht gab, bestand die einzige Möglichkeit der Behandlung darin, ihrem Auftreten vorzubeugen. Wegen der Tatsache, daß die HUNTINGTON'sche Chorea rein erblich bedingt war und die Wahrscheinlichkeit für Kinder eines erkrankten Elternteils, selbst betroffen zu sein, bei 50 % lag, forderte ENTRES zum einen, jedem Kranken, bei dem diese Diagnose gestellt worden war, Eheschließung und Kinderzeugung "im eigenen, rabblischen (!) und gesellschaftlichen Interesse" (4) zu verbieten, und zum anderen, auch die Kinder der betroffenen Personen von Heirat und Fortpflanzung abzuhalten, solange sie nicht das kritische Alter, in dem die Krankheit zum ersten Mal auftrat, überschritten hatten. Er erwartete, daß sich diese Vorschläge nur durch gesetzlichen Zwang verwirklichen ließen, "weil es eine trügerische Hoffnung wäre, anzunehmen, die Menschen würden allgemein jemals zu solcher sittlicher Höhe sich emporschwingen, daß sie das Gefühl der Verantwortlichkeit veranlaßte, ein freiwilliges Zölibat auf sich zu nehmen, wenn es rassehygienische Überlegungen kategorisch verlangen" (5). Falls ein Eheverbot für Nachkommen von Chorea-kranken nicht zustande kommen sollte, empfahl ENTRES die Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung aus rassenhygienischen Gründen. Solange aber eine gesetzliche Regelung fehlte, blieb seiner Meinung nach als einziges Mittel, die weitere Verbreitung der Chorea HUNTINGTON zu verhindern, allein die "spontane Familienprophylaxe". Für ihn bedeutete dies, betroffene Familien aufzuklären, damit sie die Zeugung von Kindern verhinderten, sowie eine gesunde Familie vor der Einheirat in "erblich belastete" Familien zu warnen, damit sie die krankhaften Anlagen nicht auf sich selbst übertrage.

In einer weiteren Arbeit und erneut in Zusammenarbeit mit der genealogischen Abteilung der Deutschen Forschungsanstalt befaßte sich ENTRES mit dem Einfluß der Eklampsie, also Krampfanfällen der Mutter während der Schwangerschaft auf die Ausbildung von Schwachsinn. Er nannte als Zweck seiner Untersuchung: "Solange man nicht das Heer von exogenen Momenten, welche bald als alleinige Ursache, bald als mitwirkend und auslösend für die Entstehung des angeborenen Schwachsinnings angeschuldigt werden, einer wirklich kritischen Zuverlässigkeitsprüfung unterzogen hat, kann man m.E. an die endogenen Grundlagen, zumal an die etwa bestehenden Erbgrundlagen der Idiotie und Imbezillität nicht herankommen"(6). Seine Untersuchung zeigte allerdings, daß die Eklampsie der Mutter sich als Ursache für den späteren Schwachsinn eines Kindes oder Erwachsenen als eher unwahrscheinlich erwies.

Die Auffassung, daß psychische Erkrankungen als ererbt zu verstehen seien, behinderte den weiteren Ausbau der offenen Fürsorge. Ihr Ziel, psychisch Kranken ein Leben außerhalb der Anstalt zu ermöglichen und sie nach einer Aufnahme wieder frühzeitig zu entlassen, erwies sich unter rassenhygienischen und erbbiologischen Gesichtspunkten als bedenklich, da "Untaugliche und Bresthafte, geistig Minderwertige und Kranke" (7) viel stärker als in früheren Zeiten Gelegenheit zur Fortpflanzung erhielten. Außerdem würde die Gefahr "erblicher Entartung" noch dadurch verstärkt, so führten KRAEPELIN und LANGE in ihrem 1927 erschienenen Lehrbuch der Psychiatrie aus, daß zum einen "besonders tüchtige Anlagen" durch Krieg, gewerbliche Unglücksfälle und Gewerbekrankheiten ausgemerzt würden, da ihnen gerade die körperlich Tüchtigen und seelisch Widerstandsfähigen zum Opfer fielen, während die Schwächeren zu Hause blieben und überlebten, und daß zum anderen soziale Auslesevorgänge die Nachkommenschaft der gebildeten und höherstehenden Schicht verminderten. Sie schrieben: "Die Wirkung dieser Vorgänge für unsere Art kann wohl nicht als furchtbar genug betrachtet werden. Sie muß, da sie schon seit Jahrhunderten Platz gegriffen hat, zu einer immer weiteren Ausbreitung der weniger günstigen, zu einer allmählichen Ausmerzung der besten Anlagen führen, (...)" (8). Wie sehr die Psychiatrie ihrer Meinung

nach davon betroffen war, belegten die Autoren mit Zahlen aus der Münchner Psychiatrischen Klinik: bei 43,4 % aller dort behandelten Personen hatten sie eine "erbliche Entartung" als Ursache der psychischen Erkrankung festgestellt, nämlich bei Psychopathen und hysterischen Patienten sowie bei manisch-depressiven und schizophrenen Kranken; die Formen der Epilepsie, für die das auch zuträfe, seien dabei noch gar nicht miteinbezogen (9).

Diese Ausführungen, die eine große von psychisch Kranken ausgehende Gefahr für die Erbgesundheit der Bevölkerung vermuten lassen, zeigten ihre Wirkung im Umgang der Anstaltsärzte mit ihren Patienten. Gerade Befürworter des Fürsorgegedankens, die psychisch Kranke wieder in die Gesellschaft zurückführen wollten, zeigten sich aufgeschlossen für rassenhygienische Überlegungen. Eine psychiatrische Aufklärung weiter Bevölkerungskreise schien ihnen dringend geboten. Mitte der zwanziger Jahre beteiligten sich neben vielen anderen Anstaltspsychiatern auch der Eglfinger Direktor VOCKE und sein Haarer Kollege BLACHIAN, deren Anstalten in München gemeinsam eine große offene Fürsorge betrieben (vgl. 3.3), an der Zusammenstellung von Lichtbildreihen zu den Themen "Erscheinungsweisen der Geisteskrankheiten und des abnormen Seelenlebens", "Irrenpflege einst und jetzt", "Der Alkoholismus" und "Vererbung und Rassenhygiene", um die Bevölkerung mit besonderen Fragen der Psychiatrie vertraut zu machen und ihr angesichts der angeblich drohenden Verschlechterung des allgemeinen Erbgutes die Notwendigkeit einer psychischen Hygiene nahe zu bringen (10). In einigen wenigen Anstalten wurden psychisch kranke Menschen auch schon während der Weimarer Republik und damit noch ohne gesetzliche Grundlagen gegen ihren Willen sterilisiert (11).

In Wirklichkeit waren die mit großer Entschiedenheit vorgetragenen Behauptungen der Erbforscher wissenschaftlich noch längst nicht abgesichert. Zu groß waren die methodischen Schwierigkeiten, von denen ENTRES in seinem Beitrag zu BUMKES Handbuch der Geisteskrankheiten einige aufzählte (12): die Krankheitsformen, deren Erblichkeit nachgewiesen werden soll, sind umstritten; gleiches psychisches Verhalten entsteht aus unterschiedlichen Ursachen und damit differenten Erbanlagen; die Grenzen von gesund und krank sind fließend; die geistigen Eigenschaften, die die Persönlichkeit ausmachen, können noch nicht in einfache und

untersuchbare biologische Einheiten zerlegt werden; das zur Untersuchung zugängliche Erbmaterial setzt sich aus Erbanlagen und exogenen Faktoren zusammen. Deshalb kann über den Erbgang der zahlenmäßig bedeutenden psychischen Erkrankungen nur gemutmaßt werden: beim schizophrenen Erbkreis bestehe vielleicht eine rezessiv gehende Anomalie, aber bindende Schlußfolgerungen könnten nicht gezogen werden; beim manisch-depressiven Erbkreis liege höchstwahrscheinlich ein dominanter Erbgang vor; beim epileptischen Erbkreis sei ein einigermaßen sicherer Schluß auf die spezifische Form des Erbganges noch nicht möglich, die Formen des Schwachsinnns seien zu vielfältig, als daß genaue Aussagen möglich seien, doch sei eine anlagemäßige Bedingtheit zu vermuten (13).

Trotzdem gewann die Auffassung, psychische Erkrankungen seien erblich bedingt, immer größere Bedeutung. Der Bericht über die Anstalt Eglfing-Haar im Jahr 1931 enthielt erstmals eine Tabelle, die bei den neu aufgenommenen Patienten die Krankheitsformen "mit Nachweis der Erblichkeit" auflistete (siehe Tabelle 17). Wie die Zahlen gewonnen wurden, blieb unerwähnt, doch wurde beispielsweise behauptet, daß bei Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises in etwa 30 % der Fälle die Erblichkeit nachgewiesen sei. Wegen diesen vermeintlichen Tatsachen schien vielen Anstaltsärzten die Regelung der menschlichen Fortpflanzung, wie sie die Rassenhygiene forderte, dazu geeignet, psychischen Erkrankungen vorzubeugen.

## 5.2 Die Sterilisierung psychisch kranker Menschen

Die von zahlreichen Wissenschaftlern geäußerten Gedanken zur Rassenhygiene und zur Vererbung psychischer Erkrankungen wurden von großer praktischer Bedeutung, nachdem am 30. Januar 1933

die Nationalsozialisten an die Macht gekommen waren. Bevölkerungspolitische Vorhaben, die die NSDAP schon früher im Sinne einer "Erb- und Rassenpflege" angekündigt hatte, wurden jetzt in die Tat umgesetzt. Am 14. Juli 1933 wurde das "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" verabschiedet, das die rechtliche Grundlage schuf, psychisch kranke Menschen auch gegen ihren Willen zu sterilisieren.

Der Paragraph 1 des Gesetzes lautete:

"(1) Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht (sterilisiert) werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, daß seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden.

(2) Erbkrank im Sinne dieses Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet:

1. angeborenem Schwachsinn,
2. Schizophrenie,
3. zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein,
4. erblicher Fallsucht,
5. erblichem Veitstanz (Huntingtonsche Chorea),
6. erblicher Blindheit,
7. erblicher Taubheit,
8. schwerer körperlicher erblicher Mißbildung.

(3) Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet" (14).

Berechtigt, den Antrag auf Sterilisierung zu stellen, war außer dem betroffenen Kranken bzw. dessen gesetzlichem Vertreter auch der zuständige Amtsarzt und für die Insassen einer Kranken-, Heil- oder Pflegeanstaltsowie einer Strafanstalt der Anstaltsleiter. Ein "Erbgesundheitsgericht", das unter dem Vorsitz eines Amtsrichters mit zwei Ärzten besetzt war, entschied über den Antrag, "der durch ein ärztliches Gutachten oder auf andere Weise glaubhaft" gemacht werden mußte; Berufung konnte bei einem "Erbgesundheitsobergericht" eingelegt werden. War die Sterilisierung dann rechtskräftig beschlossen, konnte sie auch gegen den Willen des Betrof-

fenen vollzogen werden, notfalls unter Anwendung polizeilicher Gewalt und unmittelbaren Zwangs. Am 26. Juni 1935 wurde das Gesetz noch dahingehend erweitert, daß bei einer Frau, die schwanger war und sterilisiert werden sollte, die Schwangerschaft mit ihrer Einwilligung abgebrochen werden konnte, falls dies vor Ablauf des sechsten Monats geschah.

Die rassenhygienische Zielsetzung des Gesetzes wurde bei seiner Begründung im Reichsanzeiger offen ausgesprochen. Dort hieß es: "Erbgesunde Familien" huldigen dem Ein-Kind- bzw. dem Kein-Kind-System, während unzählige "minderwertige" und "erblich belastete" sich "hemmungslos fortpflanzen". Millionenwerte müssen auf Kosten der "gesunden, noch kinderfrohen Familie" für "Geistesschwache, Hilfsschüler, Geisteskranke und Asoziale" aufgewendet werden. Wenn sie an ihrer Fortpflanzung gehindert werden, ist dies eine "Tat der Nächstenliebe und Vorsorge für die kommende Generation" (15). An anderer Stelle verglich ARTHUR GÜTT, einer der Mitautoren des Gesetzes, die Tätigkeit des Gesetzgebers mit der eines Tierzüchters, der "es als eine Selbstverständlichkeit (betrachtet), daß eine Aufartung nur durch Zuchtwahl zu erreichen ist und daß er durch ungehemmte Rassenmischung nur eine wahllose Verbindung der verschiedenen Eigenschaften erreicht, die dann jede Hochzucht oder gar Aufartung auf Generationen hinaus unmöglich macht" (16). Er betonte ausdrücklich, daß die deutsche Regierung das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses geschaffen habe, um dieses Ziel der Hochzucht und Aufartung zu erreichen.

Das Gesetz verlangte, um die Zulässigkeit der Sterilisierung zu belegen, lediglich die einwandfreie ärztliche Feststellung der Erkrankung. Es wurde nicht verlangt, die Erblichkeit im Einzelfall durch Untersuchung der Verwandtschaft nachzuweisen, da bei den in Paragraph 1 des Gesetzes genannten Krankheiten "der Nachweis als generell erbracht"(17) anzusehen sei.

Der Kreis um RÜDIN an der Deutschen Forschungsanstalt, auf den diese Behauptung im wesentlichen zurückging, ließ keine Zweifel an dieser Aussage aufkommen. In einseitiger Auslegung wissenschaftlicher Erkenntnis (vgl. 5.1.) behauptete RÜDIN auf einem erbbiologisch-rassenhygienischen Schulungskurs für Anstaltsärzte: "Die Erblichkeit be-

stimmter Geistesstörungen und Defekte (angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, manisch-depressives Irresein, Epilepsie, Hysterie, Psychopathie usw.) ist schon längst bekannt und unbestritten" (18). Er führte weiter aus, daß die Erblichkeit eines Phänomens hervorgeht aus der familiären Häufung bei Ausschluß äußerer Ursachen, dem familiären Auftreten trotz zeitlich und örtlich unterschiedlicher Umweltbedingungen der Familienmitglieder, dem Auftreten und der Häufung der Fälle als Folge der Blutsverwandtheit bzw. dem Zurücktreten bei konsequenter Rückkreuzung mit gesunden Stämmen bei rezessiver Erbanlage, aus dem meist verschieden starken Auftreten bei Voll- und Halbgeschwistern und aus dem weit häufigeren Auftreten bei eineiigen denn bei zweieiigen Zwillingen.

Durch die "empirische Erbprognose", die RÜDIN entwickelt hatte, sollte vorausgesagt werden, wie hoch aufgrund von Beobachtung und Auszählung eines einwandfreien Tatsachenmaterials das Risiko, kranke Kinder zu bekommen, für ganz bestimmte "psychiatrische Typen" sei im Vergleich mit einem gesunden Durchschnitt. Einer seiner Schüler nannte Zahlen: bei Schizophrenie der Eltern ist die Erkrankungsgefährdung der Kinder zehnmal größer als in der Durchschnittsbevölkerung, bei manisch-depressivem Irresein sechszigmal, bei Epilepsie dreißigmal und bei erblichem Schwachsinn wiederum sechszigmal (19). Wissenschaftliche Bedenken, die zur Zurückhaltung aufgefordert hätten, wie sie ENTRES als Mitarbeiter der Deutschen Forschungsgesellschaft wenige Jahre zuvor geäußert hatte, waren jetzt aus dem Institut für Genealogie und Demographie nicht mehr zu hören.

In diesem Sinne wurden auf dem schon erwähnten erbbiologisch-rassenhygienischen Schulungskurs, der vom 8. - 16. Januar 1934 in der Deutschen Forschungsanstalt unter der Leitung RÜDINS stattfand, rund 170 Anstaltsärzte mit der Bedeutung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vertraut gemacht. Unter den Teilnehmern befanden sich auch Direktor AST aus Egling-Haar, sein Stellvertreter PAPST und Fürsorgearzt RÖSCH. Die Vorträge, die sie hörten, befaßten sich mit der Methodik, den Grundlagen und

den erwähnten Ergebnissen der psychiatrischen Erbbiologie. Sie zeigten auch den Zusammenhang mit dem nationalsozialistischen Programm der Rassen-, Bevölkerungs- und Erbgesundheitspolitik auf. Später wurden sie unter dem Titel "Erblehre und Rassenhygiene im völkischen Staat" (20) veröffentlicht und jedem Arzt zur Anschaffung empfohlen. Es wurde auch über den Umfang der zu erwartenden Sterilisationen berichtet: es seien etwa 200.000 Menschen wegen angeborenen Schwachsinnns betroffen, etwa 80.000 wegen Schizophrenie, etwa 20.000 wegen manisch-depressiven Irreseins und etwa 60.000 wegen erblicher Epilepsie (21).

In der Anstalt Eglfing-Haar soll die Ärzteschaft die den Anstalten gestellten rassehygienischen Aufgaben "in ihrer vollen seignersreichen Tragweite und mit ehrlicher Begeisterung" (22) erfaßt haben - zumindest schrieb dies Direktor AST in seinem Jahresbericht. Für ihn, der als Direktor eine überfüllte Anstalt zu leiten hatte, bedeutete das von den Nationalsozialisten geschaffene Gesetz "ein so grundlegendes und in die Zukunft weisendes Werk, daß jeder Arzt sich mit ihm eingehend vertraut machen muß" (23). Wie er sagte, fühlte er sich von einer großen Last befreit, weil das Gesetz ihm als Arzt endlich die Mittel in die Hand gab, Erkrankungen vorbeugen zu können. Er erklärte: "Gerade den Anstaltspsychiatern, belehrt durch das gehäufte Elend, mit dem sie es täglich zu tun haben, bedeutet die Möglichkeit, an seiner Beseitigung in der Zukunft mitarbeiten zu können, eine Erlösung von langem Druck. Sie wünschen sehnlichst, sich an dieser Arbeit beteiligen zu können, wo immer man sie braucht, (...)" (24). Zwar teilte er nicht die Hoffnung, das Gesetz könne schon in absehbarer Zeit zu einer merkbaren Minderung der Zahl der Geisteskranken führen, aber ein Anfang sei gemacht. Aus seiner langjährigen praktischen Erfahrung heraus betrachtete er es als eine ungeheure Wohltat für das Volk und die betroffenen Familien, "wenn erst einmal die Kinder aller manifest Kranken, deren Zahl im Verhältnis zu dem Elend, das sie darstellen, wahrhaftig groß genug ist (...), weggefallen sein werden" (25).

In den Monaten, die bis zum Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar 1934 verblieben, wurden alle in Eglfing-Haar untergebrachten Patienten erfaßt, um das Ausmaß der Sterilisierungen, die durchzuführen sein würden, im voraus abzuklären. Stichtag war der 19. September 1933.

Für die einzelnen, im Paragraph 1 des Gesetzes angegebenen Krankheitsbilder ergab sich unter den Kranken der Anstalt eine relative Häufigkeit bei Schwachsinn (einschließlich der sogenannten "debiilen Psychopathie") von 9 %, bei Schizophrenie von 60 %, bei zirkulärem Irresein von 7,5 %, bei Epilepsie von 4 % und bei schwerem Alkoholismus von 3 % (siehe Tabelle 18). Die übrigen als erbbedingt genannten Erkrankungen blieben in der Anstalt ohne zahlenmäßige Bedeutung. Um die Zahl der Kranken zu ermitteln, die vom Gesetz betroffen waren, wurden zuerst vom gesamten Krankenstand, der am 19.9.33 2264 Männer und Frauen betrug, die 224 Patienten abgezogen, die nicht unter die Bestimmungen fielen. Übrig blieben 2040 Menschen; 444 von ihnen sollte eine Sterilisierung erspart bleiben, weil sie aus körperlichen Gründen nicht mehr fortpflanzungsfähig waren, und weitere 884 wurden ausgenommen, bei denen dauernde Anstaltspflegebedürftigkeit zu bestehen schien. Danach ergab sich eine Zahl von 712 Kranken, bei denen eine Sterilisierung durchgeführt werden sollte; es war knapp ein Drittel aller Patienten. Gewissenhaft wurde angemerkt, daß bei etwa 50 Fällen aus diagnostischen Gründen eine endgültige Entscheidung offen bleiben mußte. Einige Wochen später zeigte sich, daß der Kreis der erfaßten Patienten etwas zu weit gezogen worden war. Denn da der Gesetzgeber zum Zeitpunkt der Erhebung noch keine Durchführungsbestimmungen erlassen hatte, war fälschlicherweise der sogenannte "moralische Schwachsinn debiler Psychopathen" dazugezählt worden, weil hier Direktor AST die Sterilisierung für besonders angebracht hielt. Die Erhebung hatte auch ergeben, daß zur Erfassung der betroffenen Kranken der ärztliche Betrieb keiner besonderen Umstellung bedurfte, weil man in der Anstalt schon von jeher, wie AST erklärte, die "Krankenbestände klinisch-wissenschaftlich durchgearbeitet" und Wert auf saubere Diagnostik gelegt hatte. Allerdings erwartete er in Zukunft eine größere Zurückhaltung in der Diagnosestellung namentlich bei Schizophrenie, weil jetzt

der Festlegung auf eine der sogenannten Erbkrankheiten folgeschwere Bedeutung zukam.

In der Anstalt Eglfing-Haar wurde nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, also nach dem 1. Januar 1934, bei jedem neu aufgenommenen Patienten festgestellt, ob bei ihm eine der sogenannten Erbkrankheiten vorlag und ob er sterilisiert werden sollte. Dafür hatte man ein eigenes Verwaltungsverfahren entwickelt: zum einen lag dem Abteilungsarzt ein "Erbkrankenmeldezettel" vor. Dort mußte er eintragen, ob und an welcher Erbkrankheit sein Patient litt oder ob nur der entsprechende Verdacht bestand. Die Direktion sammelte die Namen in fortlaufenden Listen und erstattete von Zeit zu Zeit, je nachdem wieviele Personen ihr gemeldet worden waren beim zuständigen Amtsarzt "Anzeige auf Erbkrankheit". Diese Meldepflicht bestand entsprechend derjenigen bei Infektionskrankheiten; wer ihr nicht nachkam, konnte mit einer Geldbuße bestraft werden (26). Zum anderen führte jeder Abteilungsarzt eine Liste, auf der er die Patienten, die ihm neu zugegangen waren und bei denen er eine der als ererbt betrachteten Krankheiten diagnostiziert hatte, nach Notwendigkeit und Dringlichkeit der Sterilisierung einstuftete. Es gab verschiedene Abkürzungen, mit denen der Name des Patienten gekennzeichnet wurde (28):

"EO" bedeutete, daß der Betreffende nicht mehr in der Lage war, Kinder zu zeugen, und daß deshalb die Sterilisierung aller Voraussicht nach nicht in Betracht kam.

Dagegen hieß "EI", daß eine frühzeitige Entlassung abzusehen war und deshalb beim Erbgesundheitsgericht umgehend "Antrag auf Unfruchtbarmachung" gestellt werden sollte, damit das Verfahren abgeschlossen werden konnte, solange der Betreffende wegen seiner Erkrankung sowieso der Anstaltspflege bedurfte. Auf der Jahresversammlung des Vereins bayerischer Psychiater 1934 trug AST seinen Kollegen vor, welche Vorteile es hatte, vollendete Tatsachen in einer Zeit zu schaffen, in der der Patient sich wegen seiner Erkrankung weniger mit dem Geschehen auseinandersetzen konnte, als er es im gesunden Zustand vermocht hätte. "Der Kranke wird durch das Verfahren weniger affiziert werden, solange er noch krank ist, und nach seiner Genesung sich leichter mit der Sterilisierung als

einer vollzogenen Tatsache abfinden" (27).

Wenn der Abteilungsarzt hinter dem Namen seines Patienten "E2" vermerkte, so war eine Entlassung wegen des psychischen Zustandes vorläufig nicht zu erwarten, aber für später nicht ganz ausgeschlossen. Als behandelnder Arzt mußte er ständig prüfen, ob eine Besserung die Antragstellung doch erforderlich machte. Blieb der Befund insgesamt fraglich, lautete die Abkürzung "E?" AST empfahl in einem Beitrag im "Ärzteblatt für Bayern" (29) auch die unklaren Fälle vor das Erbgesundheitsgericht zu bringen. Er glaubte, daß dort eine einwandfreie Entscheidung getroffen werden konnte. Sein Vertrauen in die Tätigkeit des Gerichts begründete er sinngemäß mit den Worten: Liege keine Erbkrankheit vor, würde auch keine Unfruchtbarmachung angeordnet.

Erbkrank im Sinne des Gesetzes war derjenige, bei welchem eine der aufgeführten Erkrankungen festgestellt worden war. Da ihre Erblichkeit im allgemeinen als erwiesen galt, wurde auf den Nachweis im Einzelfall durch Untersuchung des Erbanges verzichtet. Die Entscheidung, ob ein Kranker sterilisiert wurde oder nicht, lag damit letztendlich in den Händen des Arztes, der die Diagnose stellte. In verschiedenen Veröffentlichungen wurden differentialdiagnostische Schwierigkeiten erörtert. In kurzer Form tat dies auch AST in seinem Beitrag im "Ärzteblatt". Er führte aus: Der angeborene Schwachsinn muß zunächst von den erworbenen Formen und der "physiologischen Dummheit" abgegrenzt werden. Bei Schizophrenie und manisch-depressivem Irresein können unbestimmte Initialsymptome Schwierigkeiten bereiten. Bei der Epilepsie gilt es, die exogenen Formen auszuschließen. Schwerer Alkoholismus ist zu unterscheiden von unmäßigem Trinken, wie es in bestimmten Berufen oder Lebenslagen üblicherweise vorkommt.

Dabei spielte es für die Antragstellung keine Rolle, wie schwer ein Krankheitsbild ausgeprägt war. Unter rassenhygienischen Gesichtspunkten wurden die leichten Fälle sogar für besonders gefährlich gehalten. Denn im Gegensatz zu den Kranken, die in einer Anstalt untergebracht werden mußten und sich deshalb nicht fortpflanzen konnten, waren die Menschen, deren Erkrankung sich nur

leicht bemerkbar machte, im alltäglichen Leben nur wenig eingeschränkt und hatten viel größere Chancen, zu heiraten und Kinder auf die Welt zu bringen. Das Gesetz konnte jedoch nicht auf diejenigen angewandt werden, bei denen "auf Grund der Kenntnis ihrer Familienbelastung und ihrer persönlichen Artung" zwar eine krankhafte Erbanlage vermutet wurde, bei denen sich jedoch die Erkrankung noch nie manifestiert hatte. AST erblickte darin einen "Beweis für die weise Beschränkung des Gesetzgebers auf das wissenschaftlich Fundierte" (30). Aber auch diese Menschen sollten seiner Meinung nach von rassenhygienischen Maßnahmen nicht verschont werden. Für sie, die er als gesunde Anlageträger verstand, schlug er Ehelosigkeit und Fortpflanzungsverhütung vor, und er hoffte, daß durch das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses das Verständnis dafür in der Bevölkerung zugenommen hätte.

Auch wenn eine der sogenannten Erbkrankheiten festgestellt war, konnte der "Antrag auf Unfruchtbarmachung" aus verschiedenen Gründen unterbleiben: zum einen, wenn der betreffende Kranke wegen seines Alters oder anderer physiologischer Gründe nicht mehr in der Lage war, Kinder zu zeugen, zum anderen, wenn der Eingriff eine Gefahr für sein Leben bedeutete - wozu nicht eine Selbstmorddrohung zählte, sondern zu erwartende Wundheilungsstörungen bei psychotischen Zuständen -, und ferner, wenn sichergestellt war, daß er für immer in einer geschlossenen Anstalt untergebracht blieb. AST erläuterte den Lesern des "Ärzteblatt für Bayern" genau, wann seiner Meinung nach der Antrag auf Sterilisierung gestellt werden mußte und wann er unterbleiben konnte. Er schrieb: "Man kann z.B. bei einer 49-jährigen Frau, obwohl sie noch regelmäßig menstruiert ist, die sich wegen schwerer Depressionen auf noch nicht absehbare Zeit in der Anstalt befindet, von der Unfruchtbarmachung absehen, wie dies jüngst eine Kammer entschieden hat, oder man kann bei einer harmlosen jugendlichen Imbezillen eine die Gewähr der Nichtfortpflanzung bietende Verwahrung annehmen, wenn sie auch nicht in einer geschlossenen Irrenanstalt, sondern in einer Idiotenanstalt sich dauernd aufhält, während man fluchtverdächtige Alkoholiker und de-

bile kriminelle Psychopathen auch dann sterilisieren muß, wenn sie sich in der Verwahrung einer Heil- und Pflegeanstalt befinden" (31). Er faßte seine Aussage mit den Worten zusammen: "Das Wesentliche muß immer sein, ob und wie man die Gewähr für die Nichtfortpflanzung übernehmen kann" (32).

In Eglfing-Haar wurde die Sterilisierung der Patienten im allgemeinen vom stellvertretenden Direktor beantragt, da AST selbst am Erbgesundheitsgericht tätig war und deshalb bei Kranken aus seiner Anstalt als befangen gegolten hätte. An den vom Gesetzgeber gewünschten Weg, wonach der sogenannte Erbkrankte oder sein Vormund möglichst selbst die Sterilisierung beantragen sollte, hielt man sich mit einer einzigen Ausnahme nicht. Der Direktor begründete sein Verhalten, das ganz von der Überlegung bestimmt war, wie das Verfahren möglichst reibungslos durchgezogen werden konnte, damit, daß bei der notwendig erscheinenden strengen Auslegung die Geschäftsfähigkeit des Kranken nur selten gegeben schien und daß ein gesetzlicher Vertreter meist nicht vorhanden war. Da dessen Aufstellung das Verfahren nur verzögert hätte und dann immer noch offen gewesen wäre, ob er den Antrag überhaupt stellen wollte, verzichtete man von vorneherein darauf, ihn zu benennen oder den Kranken zu fragen. Ein anderer Grund wurde auch von der Direktion selbst gesehen: "Im übrigen glauben wir auf die Freiwilligkeit der Anträge um so eher verzichten zu können, als es sich doch, wenigstens unter unseren Verhältnissen, mehr um den Schein einer solchen gehandelt hätte" (33).

Im Jahre 1934, als die Sterilisierung psychisch Kranker erstmals gesetzlich erlaubt war, wurde der entsprechende Antrag von der Direktion 200 Mal gestellt (siehe Tabelle 19). Bis 1938 sank diese Zahl deutlich ab, weil viele der dann neu aufgenommenen Patienten bereits anläßlich eines früheren Anstaltsaufenthaltes sterilisiert worden waren oder weil die Münchner Kliniken bei den von dort in die Anstalt verlegten Menschen das Verfahren schon selbst eingeleitet hatten. Um die Rechtsinteressen der nicht geschäftsfähigen Kranken zu wahren, wurde für die Dauer

des Verfahrens ein "Pfleger" benannt; dies war meist ein Mitarbeiter der Anstalt.

Bis das Erbgesundheitsgericht eine Entscheidung traf, verging viel Zeit. Nur bei 67 der insgesamt 201 Patienten aus der Anstalt, bei denen 1934 die Sterilisierung beantragt worden war, wurde die Operation noch im selben Jahr durchgeführt. Die gesetzlichen Vorschriften sahen vor, daß ein Mensch, der als erbkrank eingeschätzt worden war, in einer geschlossenen Anstalt verwahrt werden mußte, bis ihm die Fähigkeit zur Fortpflanzung genommen war, auch wenn sein psychischer Befund eine Entlassung gerechtfertigt hätte. Deshalb fiel die Zahl der Entlassungen 1934 unter den Durchschnitt der vergangenen Jahre. Direktor AST beklagte die Überfüllung der Anstalt. Bei einigen Patienten, bei denen er meinte, die "Gewähr für die Nichtfortpflanzung" übernehmen zu können, bat er deshalb beim Amtsarzt um Genehmigung, sie vorläufig entlassen zu dürfen. In jenem Jahr waren es 25 Menschen, die zu Hause abwarten mußten, wie ihr Verfahren am Erbgesundheitsgericht ausging. Es gab für sie keine Möglichkeit, sich dem Beschluß zu entziehen, außer durch Flucht oder dauernden freiwilligen Aufenthalt in einer geschlossenen Anstalt.

Ein Erbgesundheitsgericht war dem jeweiligen Amtsgericht angegliedert und bestand aus einem Amtsrichter als Vorsitzendem, einem beamteten Arzt und einem weiteren für das Deutsche Reich approbierten Arzt, der mit der Erbgesundheitslehre besonders vertraut sein mußte, wie es der Gesetzestext ausdrückte. Aufgrund ihrer Erfahrungen, was die Beurteilung von psychischen Erkrankungen betraf, schienen Anstaltsärzte hierfür besonders geeignet. Eine weitere Bedingung, die die "Erbgesundheitsrichter" zu erfüllen hatten, teilte das Reichministerium des Inneren den Landesregierungen am 11.12.33 mit: "Im übrigen wird darauf Bedacht zu nehmen sein, daß Ärzte ausgewählt werden, die innerlich auf dem Boden des Gesetzes stehen" (34). Direktor AST erfüllte die fachlichen wie politischen Voraussetzungen und war ab 1934 am Erbgesundheitsgericht München als Stellvertreter des nicht beamteten Beisitzers tätig. AST verstand seine Aufgabe lediglich als eine der allerdings sorgfältig zu betreibenden klinischen Differentialdiagnostik. Es kam seiner Meinung nach darauf an, "die Er-

krankung mit der angesichts der Tragweite der zu treffenden Entscheidung gebotenen Sicherheit nachzuweisen" (35).

Am Münchener Erbgesundheitsgericht benannte der Vorsitzende üblicherweise einen der ärztlichen Beisitzer als Berichterstatter, der dann einen kurzen, begründeten Vorschlag für die Entscheidung anfertigen mußte. Durch diese Regelung sollte die Urteilsfindung erleichtert werden. Der Berichterstatter bekam die gesamten Akten ausgehändigt und er war ermächtigt, die Krankengeschichte einzuholen und den Menschen, über dessen Sterilisierung er zu befinden hatte, auch persönlich zu vernehmen und zu untersuchen. Falls er weitere Beweismittel für erforderlich hielt, leitete er die Akten mit dem entsprechenden Vermerk an den Vorsitzenden zurück. "Dieses Verfahren hat den Vorzug, daß in einer Sitzung 20 bis 30 Fälle in ihrer gesamten Aktenlage von den Berichterstattern den übrigen Mitgliedern in verhältnismäßig kurzer Zeit und doch eingehend dargelegt werden können" (36). AST bedachte nicht, daß dadurch die übrigen Mitglieder des Gerichts jeden Fall nur äußerst knapp kennenlernen konnten und sich somit weitgehend von der vorausgegangenen Urteilsbildung des Berichterstatters abhängig machten.

Einer der Fälle, die AST am Erbgesundheitsgericht zu entscheiden hatte, war der des 33-jährigen Schuhmachers Eduard R. (37). Der suchte Anfang März 1938 den Amtsarzt in Pfaffenhofen auf, da er heiraten wollte und zu diesem Zweck eine Eheunbedenklichkeitsbescheinigung benötigte. Mit Verdacht auf Schizophrenie war er 1931 für zwei Monate in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht gewesen. Obwohl er sich in den letzten Jahren unauffällig verhalten hatte, mußte wegen seiner Heirat die Erblichkeit seines Leidens geprüft werden. Um abzuklären, ob nicht die Geistesstörung im Zusammenhang mit einer gleichzeitig abgelaufenen Nierenbeckenentzündung gestanden habe im Sinne einer symptomatischen Psychose, schlug der Amtsarzt eine kurze stationäre Beobachtung vor. Am 8. März 1938 erstattete er Anzeige wegen Erbkrankheit und stellte zugleich den Antrag auf Unfruchtbarmachung. Vier Tage danach beschloß das Erbgesundheitsgericht bei dem Amtsgericht München, das Verfahren wegen Verdachts auf Schizophrenie antragsgemäß einzuleiten.

Nach Akteneinsicht hielt die Kammer eine weitere Untersuchung und Begutachtung für notwendig: "Es muß insbesondere noch geprüft werden, ob eine symptomatische Psychose mit Sicherheit aus-

geschlossen ist" (38). Am 10. Oktober 1938 wurde die Unterbringung des Eduard R. in der psychiatrischen Abteilung des städtischen Krankenhauses München-Schwabing auf die Dauer von acht Tagen angeordnet. Er leistete freiwillig Folge und befand sich dort vom 7. - 12. November 1938. Nach einem nicht öffentlich durchgeführten Verfahren, nach persönlicher Anhörung des sogenannten "Erbkrankverdächtigen" - er sprach sich gegen die Sterilisierung aus; er war der Auffassung, es liege keine Erbkrankheit vor - und nach darauffolgender geheimer mündlicher Beratung erging am 21. Dezember 1938 der Beschluß: "Eduard R. ist unfruchtbar zu machen." Die Kosten des Verfahrens trug das Reich. Die Kammer schloß sich in ihrem Urteil den Ausführungen des Gutachters an, der eine symptomatische Psychose für höchst unwahrscheinlich hielt, dagegen müsse man nach dem Krankenblatt annehmen, daß eine Schizophrenie bestanden habe. "Heute kann in diesem Sinne eine gewisse gefühlsmäßige Lahmheit des R. gedeutet werden. Die jetzige relativ gute Ausheilung der Erkrankung spricht nicht gegen die Annahme eines schizophrenen Schubes im Jahre 1931" (39). Obwohl der Gutachter die Diagnose nicht mit letzter Sicherheit bestätigen konnte, war nach Meinung des Gerichts überzeugend festgestellt, daß Eduard R. an Schizophrenie litt. Die Urteilsbegründung endete mit den üblichen Worten: "Nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft ist mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten, daß Nachkommen des Eduard R. an schweren geistigen Erbschäden leiden würden. Er ist fortpflanzungsfähig und muß unfruchtbar gemacht werden" (40).

Der Beschluß wurde Eduard R. am 4. Januar 1939 zugestellt; am 13. desselben Monats legte er Beschwerde ein beim Erbgesundheitsobergericht des Oberlandesgerichts Bezirk München I. Sie wurde am 28. Februar 1939 verhandelt. Nachdem bei mündlicher Beratung und Studium der Krankengeschichte keine veränderte Sachlage ermittelt werden konnte, wurde die Beschwerde als unbegründet zurückgewiesen. Die Kosten des Verfahrens gingen zu Lasten der Staatskasse. Am 13. Mai 1939 erhielt der Amtsarzt die Ausfertigung des Beschlusses, gegen den keine Berufung mehr zugelassen war. Er lud Eduard R. zu einer Rücksprache auf den 19.

des Monats zwischen acht und zehn Uhr zu sich. "Von uns aus werden Sie dann für etwa eine Woche in das Städtische Krankenhaus Pfaffenhofen zwecks Vornahme eines Eigriffs eingewiesen" teilte der Amtsarzt in seinem Schreiben weiter mit (41). Der Termin wurde noch um eine Woche verlegt, nachdem Eduard R. um Aufschub gebeten hatte. Am 6. Juni 1939 verständigte der Amtsarzt das Krankenhaus über den ergangenen Beschluß: "Ich bitte R. eiligst zu sterilisieren und die Vollzugsmeldung in zweifacher Fertigung als dann uns zuzusenden" (42). Eduard R. wurde am 16. Juni 1939 im Krankenhaus Pfaffenhofen sterilisiert und, wie berichtet wurde, am 21. Juni 1939 mit reizlos verheilten Wunden entlassen.

Das Urteil gegen Eduard R. war ordnungsgemäß in der Hinsicht, daß das Erbgesundheitsgericht, eine Sterilisierung anordnen mußte, sobald es die Auffassung erlangt hatte, daß eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis zu Recht diagnostiziert worden war. So verlangte es der Wortlaut des Gesetzes. Das Gericht hatte nicht darüber zu entscheiden, ob die Erkrankung im Einzelfall wirklich ererbt worden war, ob die Erblichkeit schizophrener Erkrankungen im allgemeinen mit genügender Sicherheit nachgewiesen war oder ob es überhaupt sinnvoll war, tatsächlich festgestellte Erbkrankheiten durch Sterilisierung jedes einzelnen Anlageträgers zu bekämpfen. Diese Fragen waren von den Politikern und Beamten des Reichsinnenministeriums rechtsverbindlich beantwortet worden und noch früher von den Wissenschaftler, auf deren Untersuchungsergebnisse sie sich bei der Formulierung des Gesetzes gestützt hatten. Allerdings bestanden auch während der dreißiger Jahre berechnete Meinungsverschiedenheiten, ob dies in inhaltlich richtiger Art und Weise geschehen war. Unabhängig von allen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Behauptungen bestand die ethische Überlegung, ob es zu verantworten war, einen Menschen seiner Zeugungsfähigkeit zu berauben und damit einen wesentlichen Ausdruck seines Lebens und Seins zu vernichten.

Als Erbgesundheitsrichter bemühte sich AST, in jedem Einzelfall eine Entscheidung zu treffen, die auf einer eindeutigen Bestimmung des jeweiligen Krankheitsbildes beruhte und somit formal ihre Richtigkeit hatte. Wie er aus seiner Erfahrung berichtete (43), erfolg-

te die Entscheidung des Gerichts zwar meistens im Sinne des gestellten Antrags, aber trotzdem fiel es seinen Worten zufolge den Ergesundheitsrichtern nicht immer leicht, ein Urteil zu finden. Bei der Abklärung des Krankheitsbildes bereiteten erst- und einmalige Schübe von Schizophrenie mit Ausgang in Heilung ohne Defekt, wie es bei Eduard R. der Fall war, große Schwierigkeiten. Außerdem erwiesen sich die Grundlagen zur Entscheidung als unzulänglich: oft mußte sich die Kammer retrospektiv eine Meinung bilden über Tatsachen und Beobachtungsmaterial, das von subjektiven Eindrücken, Behauptungen und Schlußfolgerungen durchsetzt war. AST forderte eine Reform der Krankengeschichten, die sich um mehr objektive Feststellungen bemühen sollten. Er beklagte, daß in ihr, dem Hauptbeweisstück, die körperliche Untersuchung viel zu kurz kam und daß sich statt wortgetreuer Stenogramme oder der Beschreibung der körperlichen Ausdrucksbewegungen die bekannten Begriffe der psychiatrischen Fachsprache wie "ratlos-ängstlich", "affektarm" oder "läppisch-albern" fanden, die nur scheinbar den Eindruck objektiven Inhalts vermittelten. Trotz aller Mängel des Verfahrens konnten die Erbgesundheitsgerichte nach seiner schon früher geäußerten Auffassung, ihr Urteil in weitaus der Mehrzahl der Fälle mit völliger Sicherheit fällen (44).

Ab Juli 1934 konnte die Operation, die notwendig war, um einen Menschen zu sterilisieren, auch unmittelbar in der Anstalt Eglfing-Haar ausgeführt werden. Die Genehmigung dafür hatte das bayerische Staatsministerium des Inneren schon am 1. März erteilt; sie beschränkte sich auf Insassen der Anstalt sowie auf Kranke der oberbayerischen Pflegeanstalten, soweit sie dort auf Kosten des Landesfürsorgeverbandes untergebracht waren. Zu den Operationen kam ein Chirurg bzw. ein Frauenarzt aus München, ein Arzt der Anstalt assistierte ihnen. Anfangs wurden Patienten, deren nach damaliger Auffassung erbbedingtes Leiden durch Gerichtsbeschluß bestätigt war, im Operationssaal des Abschnitts Haar sterilisiert. Die Kosten zur Neuanschaffung eines Operationstisches konnten entgegen anfänglichen Vermutungen eingespart werden, doch mußten einige kleinere Umbauten durchgeführt werden,

damit die frischoperierten Frauen in unmittelbarer Nähe des Operationssaales versorgt werden konnten. Als die Vorbereitungen abgeschlossen waren, herrschte im Operationssaal oft ein "reger Betrieb" (45). Bisweilen wurden an einem einzigen Vormittag bis zu fünf Frauen oder 12 Männer sterilisiert. Der Chirurg bekam als ärztliches Honorar für die Sterilisierung eines Mannes zehn Reichsmark sowie an Tagen, an denen nur eine Operation vorgenommen wurde, ein zusätzliches Fahrgeld von drei Reichsmark. Der Gynäkologe erhielt für die Sterilisierung einer Frau 20 Reichsmark bzw., nachdem er eine Erhöhung seines Honorars verlangt hatte, ab 1. Juli 1936 30 Reichsmark (46).

Nach AST bewährte es sich, "die Operation der immer schwer berechenbaren Anstaltskranken in den Anstalten selbst vornehmen zu lassen, da hier gleich der Einsatz der geschulten Kräfte und der Einrichtungen der Irrenanstalt gegen etwaige Störungen möglich ist" (47). Besonders Frauen wurden in ihrer Bewegungsfähigkeit eingeschränkt, um sie am Abreißen oder Verunreinigen der Verbände zu hindern. Da sich die Bedingungen zur Operation und Krankenversorgung im Abschnitt Haar als unbefriedigend herausstellten, erfolgte nach einem Jahr ein Umzug in den Abschnitt Eglfing, wo der Operationssaal größer und besser zu beheizen war und wo es je ein eigenes Sterilisier- und Verbandszimmer gab. Außerdem standen hier für Frauen drei Krankenzimmer mit je zehn Betten zur Verfügung; Männer wurden nach wie vor postoperativ auf zwei ruhige Wachstationen in Eglfing und Haar verlegt. Ein solches Vorgehen wurde damit begründet, daß bei ihnen der Transport im Freien keine große gesundheitliche Gefährdung mit sich brachte.

Über die Erfahrungen, die von 1934 bis 1940 bei der Sterilisierung von insgesamt 660 Frauen von der Anstalt Eglfing-Haar gesammelt worden waren, ließ GUSTAV C.J. SCHOLTEN, Chefarzt der gynäkologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses rechts der Isar in München, eine Dissertation schreiben. WILHELMINE WINTER promovierte 1941 an der medizinischen Fakultät der Universität München mit ihrer Arbeit "Beitrag zur abdominellen und vaginalen Sterilisierung aus eugenischer Indikation an 660 Frauen der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar" (48).

Die Hälfte dieser Frauen, die vom Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses betroffen waren, waren zwischen 26 und 35 Jahren alt (siehe Tabelle 20). Ihr Durchschnittsalter lag bei 31 Jahren und nur wenige waren jünger als 20 oder älter als 40. Die meisten übten einfache Berufe aus: im Haushalt als Hausangestellte oder Hausfrauen, als Arbeiterinnen, Büroangestellte, Näherinnen oder Verkäuferinnen; jede sechste unter ihnen hatte keinen Beruf. Da sie im allgemeinen schon seit Jahren in Heil- und Pflegeanstalten leben mußten, waren knapp 80 % von ihnen ledig. Der größere Teil, nämlich 415 der 567 Frauen, bei denen Angaben vorlagen, hatten noch keine Kinder geboren, die anderen 152 Frauen hatten zusammen 250 Kindern das Leben geschenkt.

WINTER schildert, wie die Sterilisierung vorgenommen wurde (49): Während der gynäkologischen Untersuchung vor dem Eingriff habe der Frauenarzt versucht, eine "Atmosphäre des Vertrauens" herzustellen und "Einsicht in die Notwendigkeit" der oft abgelehnten Operation zu vermitteln. Je nach Untersuchungsbefund entschied er sich für einen abdominalen oder vaginalen Zugang zur Bauchhöhle. Er bemühte sich, so vorzugehen, daß das Ziel der Unfruchtbarmachung mit größter Sicherheit erreicht wurde. Dafür entfernte er im allgemeinen beide Eileiter und ihren Ansatz an der Gebärmutter. Nach den Angaben bei WINTER dauerte die Operation bei dem abdominalen Eingriff 16 bis 20 Minuten und bei dem vaginalen 20 bis 25 Minuten. Bei 48 % der Frauen beseitigte der Gynäkologe außer den Eileitern noch einen pathologischen Befund, der sich bei Eröffnung der Bauchhöhle gezeigt hatte. Bei drei Frauen führte er einen Schwangerschaftsabbruch durch, wie es die Änderung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 26. Juni 1935 erlaubte. Dabei übertrat er bei einer Frau die gesetzlichen Vorschriften, denn sie war schon im achten bis neunten Monat schwanger. Infolge innerer Blutungen starb sie einige Stunden nach der Kaiserschnittoperation, mit der ihr das Kind entfernt worden war. Ansonsten sollen auch körperlich geschwächte Frauen die Operation gut überstanden haben.

Nach der Operation dauerte es durchschnittlich 16,4 Tage, bis die Wunden verheilt waren. Wie WINTER weiter berichtete, lag die

postoperative Betreuung in den Händen der Anstaltsärzte.

Uns ist ein wichtiges Zeugnis davon erhalten geblieben, wie betroffene Frauen die Tatsache ihrer Sterilisierung erlebten. Am 25. Oktober 1935 war Lina H. wegen einer endogenen Depression in die Anstalt eingewiesen worden. Nachdem sie am 24. Juni 1936 wegen sogenanntem zirkulärem Irresein sterilisiert worden war, klagte sie oft über die ihr zugefügte Entstellung. Verständlicherweise äußerte sie sich besonders feindlich gegenüber dem Anstaltsarzt, der in seinem Gutachten die Diagnose einer sogenannten Erbkrankheit bestätigt und es damit befürwortet hatte, daß sie unfruchtbar gemacht wurde. Auch nach ihrer Entlassung aus der Anstalt am 23. Juli 1936 verlangte sie wiederholt schriftlich, fernmündlich und persönlich eine Wiedergutmachung für das ihr angetane Unrecht. Eines Tages im Juni 1940 erschien sie mit einem zehn Zentimeter langen, feststehenden Messer auf dem Gesundheitsamt. Sie erklärte, sie wolle Rache nehmen an ihrem Gutachter. Obwohl versucht wurde, sie festzuhalten, konnte sie entkommen. Wenig später erneuerte sie ihre Drohung im Haus einer ehemaligen Pflegerin. Dort wurde sie überwältigt. Als der Amtsarzt sie untersuchte, weinte sie darüber, wieder in der Anstalt untergebracht zu sein. Sie sagte ihm, es wäre nicht ihre Absicht gewesen, den Arzt umzubringen, sondern sie hätte durch einen Skandal ihre Angelegenheit wieder ins Rollen bringen wollen. Sie meinte aber auch: hätte sie ihn umgebracht, wäre sie geköpft worden. Das wäre für sie das beste, denn ihre Ehre sei durch die Sterilisation besudelt. Der Amtsarzt stellte Selbst- und Fremdgefährdung fest und stimmte der erneuten Verwahrung in der Anstalt zu. Nach einem Jahr schrieb die Direktion: "Der Zustand der Obengenannten zeigt noch keine nachhaltige Besserung. Sie ist noch ganz uneinsichtig, zeitweise bockig und eigensinnig" (50).

Insgesamt wurden in der Heil- und Pflegeanstalt von 1934 bis 1943 mindestens 1703 Menschen sterilisiert, 961 Männer und 742 Frauen (siehe Tabelle 21). Bei über 70 % von ihnen war die Operation mit dem Vorliegen einer Erkrankung des schizophrenen Formenkreises begründet worden. In den ersten Jahren nach Inkrafttreten des Ge-

setzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses wurden besonders viele Operationen durchgeführt. Allein 1935 und 1936 wurden 350 bzw. 349 Menschen sterilisiert. Danach wurden es weniger, weil viele der neu aufgenommenen Patienten schon in den Jahren zuvor erfaßt worden waren. Der Beginn des Zweiten Weltkrieges verringerte die Zahl der jährlichen Eingriffe erneut. Denn durch die sechste Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 31.8.39 wurden alle Verfahren, die die Sterilisierung eines Menschen herbeiführen sollten und die bis zu diesem Tag noch nicht rechtskräftig erledigt waren, eingestellt. Es hieß auch, daß neue Anträge nur "wegen besonders großer Fortpflanzungsgefahr" (51) gestellt werden sollten.

### 5.3 Weitere Maßnahmen zur Rassenhygiene

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses wurde durch weitere Maßnahmen zur Rassenhygiene wie z.B. durch die erbbiologisch ausgerichtete Aufklärung der Bevölkerung, die "erbbiologische Bestandsaufnahme des deutschen Volkes" und die erbbiologische Forschung ergänzt. Wiederum kam den Psychiatern in den Heil- und Pflegeanstalten eine Schlüsselrolle bei ihrer Durchführung zu. Dies wurde damit begründet, daß sie als Anstaltsärzte sozusagen "an der Quelle des krankhaften Erbstromes" (52) saßen. In der Anstalt Eglfing-Haar zeigte sich Direktor AST befriedigt über den gesellschaftlichen Stellenwert, der im nationalsozialistischen Staat der Psychiatrie beigemessen wurde. "Die Psychiatrie, wie ihre praktische Betätigung, ist aktuell im höchsten Grade geworden. Die Zielsetzungen des dritten Reiches haben nicht nur die stille, bisherige Arbeit des Anstaltsarztes gerechtfertigt, sondern ihn als ein unentbehrliches Werkzeug für die Erfassung und Bekämpfung schlech-

ten Erbgutes mitten in den Kampf für Volk und Rasse gestellt" (53). Seiner Meinung nach erhielt die Tätigkeit des Anstaltsarztes dadurch ein Ziel, das in einem Maße befriedigen konnte, wie dies zuvor trotz der offenen Fürsorge außerhalb der Anstalt und der verstärkten therapeutischen Bemühungen innerhalb der Anstalt nicht der Fall gewesen war. Deshalb befürwortete er es, daß die Anstalten sich "nunmehr in allererster Linie" auf die rassenhygienischen Aufgaben einstellten.

Als Grundlage jeder rassenhygienischen Betätigung wurde die Aufklärung der Bevölkerung angesehen. Zu diesem Zweck lud die Landesstelle Bayern des Reichsministeriums für Volksaufklärung und Propaganda Vertreter der Münchner und oberbayerischen Presse ein, am 19. Februar 1934 an einer Besichtigung der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar und der caritativen Pflegeanstalt Schönbrunn bei Dachau teilzunehmen. Den Besuchern wurden gerade die schwerstkranken Patienten und die bedrückendsten Abteilungen der Anstalt gezeigt, um sie auf diese Weise empfänglicher zu machen für den Inhalt des anschließenden Vortrags, der sich mit der Vererbung psychischer Erkrankungen und den Möglichkeiten ihrer Bekämpfung befaßte.

Die in den Zeitungen veröffentlichten Berichte brachten zum Ausdruck, wie sehr das gewünschte Ziel erreicht worden war. Die "Münchner Zeitung" vom 23.2.34 begann ihre Darstellung mit den Worten: "Wer mit Geisteskranken nichts zu tun hat und nur gelegentlich auf ihr Dasein aufmerksam gemacht wird, der ahnt nichts von den Bildern des Grauens, die unsere Heil- und Pflegeanstalten bergen" (54). Nachdem diese Bilder ausführlich beschrieben worden waren (vgl. 3.1), hieß es abschließend: "Wenn aber, und der Gedanke läßt den Besucher nicht mehr los, eine Möglichkeit geboten ist, wie die durch das Gesetz angeordnete Sterilisierung, um künftige Generationen unseres Volkes vor solchen entsetzlichen Erscheinungen in diesem grauenvollen Umfang zu bewahren, so liegt darin eine starke, drängende Kraft" (55).

In ähnlicher Weise war der Artikel von Dr. E.W. in den "Münchener Neueste Nachrichten" desselben Tages aufgebaut. Auch er stellte einleitend klar, daß die Verhältnisse in einer Anstalt für psy-

chisch Kranke viel schlimmer waren, als Außenstehende es sich dachten. "Eglfing, wie oft geht uns das Wort im Scherz leicht über die Lippen! Wer aber einmal die oberbayerische Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar zu sehen bekommt, dem vergeht der Scherz, und er sucht vergebens nach einem Ausdruck für das, was er hier erlebt" (56). Nach seinen eigenen Angaben wurde Dr. E.W. bis ins Innerste aufgewühlt von dem, was er sah: verschiedene Formen psychischer Erkrankungen unterschiedlichen Schweregrades bei Männern, Frauen und – was ihn am meisten erschütterte – bei Kindern. Unter diesem Eindruck schloß er sich der Lösung an, die nach damaligem psychiatrischen Denken und nach der Politik der nationalsozialistischen Regierung nahelag. Dr. E.W. schrieb: "Worin anders kann, wenn nicht die völlige Beseitigung, so doch zum mindesten die Eindämmung des Unheils bestehen, als in der Verhütung erbkranken Nachwuchses! Die Zukunft unseres ganzen Volkes ist in Gefahr und vor ihr wäre es unverantwortlich, nicht zu handeln. Es kann keine Gründe mehr geben, hinter denen wir uns gegen besseres, wissenschaftlich längst erhärtetes Wissen verschanzen dürfen. Deshalb hat die Reichsregierung nach gewissenhafter Abwägung aller Fürs und Widers das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses geschaffen, das mit dem 1. Januar 1934 in Kraft getreten ist" (57).

Der nationalsozialistische "Völkische Beobachter" wandte sich unmittelbar an seine Leser. Er fragte: "Soll nun die deutsche Nation weiter unter dieser Geißel leiden? Sollen jährlich weitere Tausende geboren werden, die entweder gleich oder in vorgeschrittenem Lebensalter dem Schwachsinn, der Geisteskrankheit, der völligen geistigen Umnachtung verfallen? Ist es nicht viel mehr Humanität, wenn man diese Schrecklichkeiten menschlichen Daseins, statt sie hinter Mauern einem langsamen und qualvollen Ende entgegendämmern zu lassen, wirkungsvoll dadurch bekämpft, daß man ihre Entstehungsmöglichkeit auf ein Minimum herunterschraubt. (...) Ist es ein Verbrechen, wenn man die Familie von Unglück, Kummer und immerwährender Sorge befreit, wenn man einem Mann oder einer Frau die Möglichkeit nimmt, solches Unglück, solchen Kummer, Schmerz und Qual in der eigenen Familie fortzupflanzen? Ist es ein unerlaubter Eingriff in die Rechte der Persönlichkeit, wenn man ein

Verbrechen, denn als ein solches ist die Zerstörung der Familie anzusehen, verhütet? Es ist auch kein Eingreifen in das Recht des göttlichen Waltens. Gott hat dem Menschen den freien Willen gegeben, das Gute zu tun und das Böse zu lassen, und ein verantwortungsvoller Führer hat dafür zu sorgen, daß dieser Wille nicht ins Böse, nicht ins Verderbliche, nicht ins Kranke ausschlägt. Und aus diesem Verantwortungsbewußtsein heraus hat unsere Regierung die Initiative ergriffen und will die überaus schwere Aufgabe anpacken, aus dem deutschen Volke wieder ein in allen seinen Teilen gesundes Gebilde und eine neue, gesunde Generation heranwachsen zu lassen" (58).

Wie das katholische "Neue Münchner Tagblatt" in seiner Wochenendausgabe vom 24./25.2.34 bewies, war aber auch eine Berichterstattung möglich, in der vorgegebene Lösungsvorschläge nicht übernommen wurden. Es schilderte sachlich das Leben in der Anstalt (vgl. 3.1), beschrieb das gesehene Elend genau, nannte aber auch gesunde Anteile in der Persönlichkeit der Kranken. Der Bericht klammerte die Frage der Erblichkeit psychischer Erkrankungen nicht aus. Dazu hieß es: "Da sieht man z.B. ein epileptisches Kind, dessen Mutter gleichfalls Epileptikerin ist, sie ist 23 Jahre alt und befindet sich ebenfalls in Eglfing. Ein erblich schwachsinniges Mädchen, dessen Bruder ebenfalls in der Anstalt ist, erweckt tiefes Mitleid" (59). So rief der Autor des Artikels im Leser die Betroffenheit hervor, die er auch bei sich selbst gespürt und zugelassen hatte. Im Gegensatz zu den anderen Münchner Tageszeitungen setzte sich das "Neue Münchner Tagblatt" nicht offen für rassenhygienische Maßnahmen ein. Der Berichterstatteer erweckte aber den Eindruck, als seien sie sachlich gerechtfertigt. Er schrieb abschließend: "Das ist das Milieu, aus dem heraus die Reichsregierung ihre bevölkerungspolitischen Maßnahmen getroffen hat" (60).

Nach der Besichtigung durch die Pressevertreter wurden von 1935 bis zum Ende der nationalsozialistischen Herrschaft regelmäßig Besuchergruppen durch die Eglfinger und Haarer Anstalt geführt. In jenem ersten Jahr waren es an fünf aufeinanderfolgenden Sonntagen jeweils 100 Personen der nationalen Volksbildungsstätte,

Gau München, zweimal je 120 Beamte der Polizeidirektion München, Führer des Arbeitsdienstes mit zweimal je 25 Personen und eine Gruppe von Studierenden der Medizin mit 50 Personen. Längere Vorträge mit klinischen Krankenvorstellungen wurden mehrmals für die Reichsführerschule der SA gehalten mit je ca. 100 Personen sowie für die Arbeitsgemeinschaft der Referendare des Landesgerichts München I und II mit je ca. 50 Personen. Direktor AST sah in Führungen eine "Tätigkeit, die nicht für die Belehrteten, sondern auch für die Lehrenden sich recht segensreich auswirkt, die so mit den Anschauungen des Volkes aus allen Schichten in Fühlung kommen und genötigt sind, ihr Wissen in einfacher und leicht faßlicher Form zu übermitteln" (61).

Die Anstalt Eglfing-Haar war auch an der sogenannten erbbiologischen Bestandsaufnahme des deutschen Volkes beteiligt. Ihr Ziel war es, die ganze Bevölkerung zu erfassen und in "erbkrank, erbgesunde und erblich hochwertige Sippen" zu unterscheiden. Um schneller anwendbare Ergebnisse zu erhalten, beschränkte man sich jedoch zuerst auf die Familien, unter deren Angehörigen sich jemand befand, der als "erbkrank" eingestuft worden war. Die Anstalten schienen besonders dafür geeignet, dieser Aufgabe nachzukommen, weil sich durch ihre jahrzehntealten Sammlungen von Krankengeschichten leicht herausfinden ließ, welche Menschen in den der Anstalt zugehörigen Aufnahmebezirken einmal psychisch erkrankt waren. Das Reichsministerium des Inneren regelte das Verfahren in seinem Erlaß vom 8. Februar 1936 (62): Jede Anstalt bekam einen Bezirk, am besten den ihrer Außenfürsorge, zugewiesen, in dessen Grenzen sie die erbbiologischen Erhebungen, genealogischen Aufstellungen und Untersuchungen zu betreiben hatte. Ausgehend von dem einzelnen Patienten, der neu aufgenommen wurde, sollten alle Angehörigen, unter anderem in bezug auf Körperbautyp, Rasse, körperliche und seelische Erkrankungen, Charaktereigenschaften und Begabungen erfaßt werden, soweit sie die Anstalt aus ihren Akten, durch Befragen des Kranken oder der Familienmitglieder, die zu Besuch kamen, feststellen konnte. Das Ministerium betonte, daß die Eintragungen in die sogenannten Sippentafeln nur nach einer fachärztlich-psychiatrischen Untersuchung erfolgen durften, da sich sonst "schwerwiegende Fehl-

schlüsse" ergeben könnten. Der Erlaß sah vor, daß nach und nach auch die Kranken miteinbezogen wurden, die sich schon länger in in der Anstalt befanden. Die "Sippentafel" wurde in zweifacher Ausführung angefertigt. Während die Durchschrift in der Anstalt blieb, kam das Original in die Landeszentrale. Deshalb umfaßte die Kartei der Anstalt nur die dort untergebrachten Patienten, die Landeskartei aber alle Angehörigen einer als "erbkrank" gekennzeichneten Familie.

Der Kreistag von Oberbayern beschloß am 11. Juli 1936, der Anstalt Eglfing-Haar einen eigenen "Erbarzt" zu bewilligen. Diese Aufgabe übernahm HERMANN NADLER (1902 - 1980), der sich dadurch ausschließlich erbbiologischen Arbeiten zuzuwenden hatte. Ab 15. Januar 1937 war er auch noch "Landesobmann für die erbbiologische Bestandsaufnahme" in Bayern. Im Rahmen dieser Tätigkeit mußte er zum einen die erbbiologischen Erhebungen aller bayerischen Anstalten überwachen und zum anderen durch regelmäßige Anfragen bei Behörden für die vollständige Erfassung aller Angehörigen einer Familie sorgen. NADLER nahm regelmäßig an den jährlich stattfindenden Arbeitstagen der Landesobmänner teil, wie z.B. 1937 in München, 1938 in Köln und 1939 in Wiesbaden (63), auf denen die weitere Durchführung der erbbiologischen Bestandsaufnahme besprochen wurde.

Die erbbiologische Forschung machte auch Patienten der Anstalt Eglfing-Haar und deren Angehörige zum Gegenstand ihrer Untersuchungen. In Zusammenarbeit mit der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie wollte ALBERT HARRASSER Beziehungen zwischen Rasse, Konstitution und Psychose ermitteln. Am 1.12.34 begann er mit seinen Erhebungen, die die Deutsche Forschungsgesellschaft mit einem Stipendium förderte, in Eglfing-Haar. Aufgrund von Verwaltungsakten und Krankengeschichten wählte er alle Patienten mit einwandfrei diagnostizierten Psychosen aus, deren Eltern und Geschwister oder Frauen und Kinder für eine anthropologische Untersuchung erfaßbar waren. Es waren 150 Männer und 181 Frauen. Nachdem er noch Patienten aus der Anstalt Gabersee hinzugenommen hatte, kam er schließlich auf einen Kreis von 889 Menschen; bei 851 von ihnen war eine schizophrene und bei 38 von ihnen eine manisch-

depressive Erkrankung festgestellt worden.

HARRASSER fotografierte alle seine Versuchspersonen in zwei standardisierten Ansichten, nachdem er sie zuvor hatte entkleiden lassen. Dann vermaß er ihren Körper in acht und ihren Kopf in elf Punkten. Weiterhin erfaßte er bei der körperlichen Untersuchung 47 Merkmale des Kopfes, des Rumpfes und der Extremitäten nach Form und Farbe. Erste noch als vorsichtig bezeichnete Schlußfolgerungen auf die rassische Zusammensetzung der Kranken, veröffentlichte er 1937. Die Arbeit gibt zugleich Aufschluß über einige der Daten, die er erhoben hatte. HARRASSER schrieb nach ihrer Auswertung: "Danach erscheint nach Körpergröße, Stammlänge, Kopf- und Gesichtsindex, Form der Stirn und des Hinterhauptes sowie Höhe des Oberlidraumes im gesamten Material, besonders aber bei der oberbayerischen Gruppe, sowohl der schizophrenen wie der manisch-depressiven, vorwiegend die dinarische Rasse vertreten. Vielleicht kann auch das Verhältnis bei der Stirnhaargrenze in dieser Richtung gewertet werden. Einen nicht geringen Einfluß des nordischen Rassenkreises können wir aus der Verteilung der absoluten Kopfmaße, vor allen Dingen aber aus dem hohen Anteil der hellen Augen und Haare entnehmen. Die ostische Komponente wiederum erkennen wir vor allem in der Verbreiterung des Gesichts und der Nase sowie in der Häufigkeit stärkerer Deckfalten. Zu bemerken wäre hier noch, daß eine eigentliche Mongolenfalte in keinem einzigen Falle gefunden wurde" (64).

Mit derselben Gründlichkeit wandte sich HARRASSER der psychiatrischen Diagnostik zu. Da er den Verlauf der Erkrankung erfassen wollte, ergänzte er die Krankengeschichten der Anstalt durch weitere Unterlagen über die Patienten wie Schulzeugnisse, Gerichts-, Gefängnis-, Polizei- und Vormundschaftsakten sowie durch Fragebogen und persönliche Gespräche bei den Angehörigen, so daß er in vielen Fällen einen nahezu vollständigen Überblick über die Lebensgeschichte eines Menschen erhielt. Als 1939 nach fünfjähriger Forschungsarbeit HARRASSER weitere Ergebnisse veröffentlichte, meinte er Zusammenhänge nachgewiesen zu haben zwischen Rassenzugehörigkeit und Form der schizophrenen Erkrankung. Er schrieb:

"Das Verhältnis der dinarischen Rasse zur muskulösen Konstitution bei den Männern und zur pyknischen bei den Frauen scheint sich nach der psychotischen Seite höchstens in einer gewissen Affinität zur katatonen Form der Schizophrenie auszuwirken. Die nordische Rasse mit ihrer Beziehung zum leptosomen und zum muskulösen Konstitutionskreis zeigt in viel entschiedenerem Maße eine Neigung zur Katatonie. Was nun schließlich die alpine Rassengruppe betrifft, deren positive Korrelation zum pyknischen Konstitutionskreis wohl außer Zweifel steht, so scheint nach unseren Beobachtungen der heterogene Charakter dieses Rassenkreises in seinem Verhalten zur paranoiden Form der Schizophrenie durchaus wahrscheinlich" (65). Der 1944 veröffentlichte XXIII. Jahresbericht der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie nahm diese Aussagen jedoch in wesentlichen Teilen wieder zurück (66).

Der Kreis der erfaßten Personen weitete sich noch aus. Von April 1937 bis April 1938 nahm HARRASSER in 64 Familien auch bei den Angehörigen der Kranken anthropologische Untersuchungen vor. Dabei unterstützte ihn NADLER als Leiter der erbbiologischen Abteilung der Anstalt Eglfing-Haar. Wie HARRASSER mitteilte, stießen sie bei ihren Hausbesuchen, die sie am liebsten ohne jegliche Voranmeldung unternahmen, häufig auf Abwehr und Mißtrauen. Für ihn waren diese Gefühle lediglich "Hindernisse, wie sie bei Hausuntersuchungen in schizophrenen Sippen üblich sind" (67). Er schien nicht daran gedacht zu haben, daß dies möglicherweise auf die Art seines Vorgehens zurückzuführen war. Durch Gespräche, die HARRASSER und NADLER wegen ihrer Kenntnis des Kranken und des Familienstammbaums leicht anknüpfen konnten, gelang es ihnen dann aber doch meistens, Vertrauen herzustellen und ausgewählte und leicht meßbare anthropologische Parameter zu erheben. Wie HARRASSER die Befunde auswertete, bleibt offen, da eine geplante Veröffentlichung wegen seines Einzugs zum Kriegsdienst nicht mehr zustande kam.

Auch unabhängig von der Deutschen Forschungsanstalt wurde in der Anstalt Eglfing-Haar erbbiologische Forschung betrieben. Ab 1. Januar 1938 wurden von allen neu aufgenommenen Patienten Fotografien aufgenommen, die anthropologischen Zwecken dienen sollten. Indem

an Angehörige Fragebogen versandt und mit ihnen Gespräche bei ihren Besuchen in der Anstalt geführt wurden, erweiterte sich das Material, das zur Aufstellung von Stammtafeln gesammelt wurde. Diese Aufzeichnungen, die auch den Erbgesundheitsgerichten bei ihrer Urteilsfindung zur Verfügung standen, wurden zumindest bis 1942 fortgeführt, doch infolge des Krieges betrafen sie nur noch unmittelbar Patienten der Anstalt.

Wie in der Anstalt selbst, standen nach 1933 auch in der von der Anstalt betriebenen Beratungsstelle für psychisch Kranke in München rassenhygienische Aufgaben im Mittelpunkt der Arbeit. Der Münchner Fürsorgearzt erleichterte durch seine Begutachtung von Kranken den Gesundheitsämtern die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses; ferner tauschte er mit ihnen Kartotheken aus zur Aufstellung von "Sippentafeln" und in steigendem Maße beurteilte er bei Menschen, die heiraten wollten, ob unter rassenhygienischen Gesichtspunkten ihre Ehe als wünschenswert zu betrachten wäre oder nicht.

Als Direktor AST zum 1. Oktober 1937 wegen Erreichen der Altersgrenze in den Ruhestand trat, hatte er seine selbstgestellte Forderung, die Versorgung psychisch kranker Menschen erbbiologisch auszurichten, in seiner Anstalt weitgehend verwirklicht. Psychische Erkrankung wurde nicht mehr als Geschehen betrachtet, das nur einen einzelnen betraf, sondern sie wurde in ihrem Auftreten über viele Generationen und Verwandtschaftsgrade zurückverfolgt und in ihren Folgen auf kommende Geschlechter bezogen.

## 6. Die Krankentötung

Von 1939 bis 1945 wurden mindestens 100.000 psychisch kranke Menschen auf staatliche Anordnung hin getötet. Die Darstellung der Ereignisse in der Anstalt Eglfing-Haar bezieht sich im wesentlichen auf die Gerichtsakten von Prozessen der Nachkriegszeit und die dort aufgezeichneten Ermittlungen der Staatsanwaltschaft und Aussagen von Zeugen. Daneben war eine wichtige Quelle das Buch von GERHARD SCHMIDT, der 1965 als erster über die "Euthanasie" in Eglfing-Haar veröffentlichte. Während es das Anliegen seiner Arbeit ist, die Unrechtmäßigkeit der Krankentötung zu verdeutlichen, soll im folgenden vor allem das Verhalten der beteiligten Personen, der Ärzte, Patienten und Angehörigen geschildert werden.

### 6.1 Anordnung und allgemeine Durchführung

Die Menschen, die als angeblich unheilbar Kranke über viele Jahre hinweg in Heil- und Pflegeanstalten verwahrt wurden, blieben von der beschriebenen Weiterentwicklung der Psychiatrie in den dreissiger Jahren unberührt: vom Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses waren sie nur im geringen Maße betroffen, da es vor allem auf entlassungsfähige Patienten angewandt wurde; auch die somatischen Therapieverfahren beeinflussten ihr Schicksal nur wenig, da mit ihnen hauptsächlich akut Kranke behandelt wurden. Erst als die nationalsozialistische Regierung die als "Euthanasie" bezeichnete Tötung psychisch kranker Menschen veranlaßte, gerieten die unheilbar Kranken und langjährigen Anstaltsinsassen ins Blickfeld. Freilich war schon in den Jahren vor dem Ersten Weltkrieg erörtert worden, ob solch schweres Leiden überhaupt einen Sinn habe und ob es

nicht menschlicher und außerdem für die Gesellschaft finanziell günstiger sei, diesen Menschen "Sterbehilfe" zu leisten. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus dem Ersten Weltkrieg wurde in den zwanziger Jahren dann verstärkt gefordert, die Tötung schwer psychisch kranker und geistig behinderter Menschen zu erlauben, da der finanzielle Aufwand für ihre Versorgung unverhältnismäßig groß sei (vgl. 6.4). Die Nationalsozialisten griffen diese Behauptung auf und benutzten sie, um ihre Rassenideologie auch als nationalökonomisch gerechtfertigt darzustellen.

Die staatlich betriebene Tötung psychisch kranker Menschen, wie sie während der zweiten Hälfte der nationalsozialistischen Herrschaft verwirklicht wurde, umfaßte vier Bereiche:

- Die Tötung von körperlich oder geistig behinderten Kindern war die zeitlich früheste Form. Sie folgte einem bürokratischen Verfahren, das die ärztliche Begutachtung der Kranken, die schriftliche Anordnung einer Dienststelle und die anschließende Verlegung der Betroffenen in eigens eingerichtete Tötungsabteilungen vorsah.

- Die Tötung von Patienten der Heil- und Pflegeanstalten verlief von 1939 bis 1941 nach diesem Muster. Sie wurde nach der Anschrift der verantwortlichen Dienststelle in Berlin, Tiergartenstraße 4 als "Aktion T 4" bezeichnet.

- Die Tötung von Patienten der Heil- und Pflegeanstalten wurde nach Einstellung der "Aktion T 4" fortgesetzt, ohne daß jeweils eine ärztliche Begutachtung und Anordnung für den Einzelfall vorlag.

Die sogenannte "wilde Euthanasie" dauerte bis Kriegsende.

- Die Tötung von psychisch kranken und arbeitsunfähigen Häftlingen der Konzentrationslager erfolgte ebenfalls erst, nachdem eine Ärztekommision die betreffenden Menschen ausgewählt hatte. Der Deckname "Aktion 14f13" entsprach dem Aktenzeichen, unter dem der Inspekteur der Konzentrationslager Todesfälle verzeichnete.

Ein Erlaß des Reichskanzlers ADOLF HITLER, der auf den 1. September 1939 zurückdatiert war, bildete die rechtliche Grundlage für die Tötung der Patienten aus Heil- und Pflegeanstalten. Obwohl er lediglich auf privatem Briefpapier HITLERs niedergeschrieben war, billigte ihm auch der Reichsjustizminister Rechtskraft zu. Dieser Erlaß lau-

tete: "Reichsleiter Bouhler und Dr. med. Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, daß nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann" (1).

Nach gängiger Darstellung bildete der Brief, den der Vater eines schwerbehinderten Kindes Ende 1938 oder Anfang 1939 an HITLER gesandt hatte, den Anstoß zur Durchführung der "Euthanasie". In ihm wurde der Reichskanzler um die Erlaubnis gebeten, daß der behandelnde Arzt das Kind von seinem Leiden erlösen dürfe. HITLER sandte den Reichskommissar für das Gesundheits- und Sanitätswesen, den Arzt KARL BRANDT, damit er die Angaben des Vaters überprüfe. Er bezeichnete sie als zutreffend, und das Kind wurde getötet, wobei dem Arzt, der die Handlung ausführte, Straffreiheit zugesichert wurde. Danach gab Hitler an BRANDT und an den Leiter seiner persönlichen Kanzlei, PHILIPP BOUHLER, die Anweisung, bei entsprechenden Gesuchen genauso zu verfahren.

Innerhalb weniger Wochen wurde aus dem Einzelfall die organisierte Massentötung. Am 18. 8. 39 forderte das Reichsministerium des Inneren die ärztlichen Geburtshelfer und Hebammen auf, an die Gesundheitsämter alle neugeborenen Kinder zu melden, bei denen der Verdacht auf folgende angeborene Leiden bestand:

- "1. Idiotie sowie Mongolismus (besonders Fälle, die mit Blindheit und Taubheit verbunden sind),
2. Mikrocephalie,
3. Hydrocephalus schweren bzw. fortschreitenden Grades,
4. Mißbildungen jeder Art, besonders Fehlen von Gliedmaßen, schwere Spaltbildungen des Kopfes und der Wirbelsäule usw.,
5. Lähmungen einschließlich Littlescher Erkrankung" (2).

Auch alle anderen Ärzte waren zur Meldung verpflichtet, falls ihnen bei Ausübung ihres Berufes Kinder bis zum vollendeten dritten Lebensjahr mit diesen Erkrankungen bekannt werden sollten. Die Begründung dieses Erlasses lautete unverfänglich, daß "zur Klärung wissenschaftlicher Fragen auf dem Gebiete der angeborenen Mißbildung und der geistigen Unterentwicklung" eine möglichst frühzeitige Erfassung der einschlägigen Fälle notwendig sei.

Die Meldung der Kinder erfolgte auf vorgedruckten Formblättern. Es mußte zum einen der derzeitige Zustand beschrieben werden, zum anderen Angaben zur Schwangerschaft, zum Verlauf der Geburt und zur Familiengeschichte gemacht und schließlich von ärztlicher Seite die Diagnose, voraussichtliche Lebensdauer und mögliche Besserungsaussichten benannt werden (3). Das Gesundheitsamt leitete die Unterlagen weiter an das Reichsministerium des Inneren, von dort gelangten sie zu einem schon länger bestehenden "Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erforschung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden", dessen sich BRANDT und seine Mitarbeiter jetzt als Tarnung bedienten, um die bestehenden Verbindungen zur Kanzlei HITLERs zu verheimlichen. Der "Reichsausschuß" arbeitete eng mit drei Ärzten zusammen, nämlich mit WERNER CATEL, Professor für Kinderheilkunde an der Universität Leipzig, mit HANS HEINZE, dem Leiter der Brandenburgischen Landesanstalt Görden und mit ERNST WENTZLER, dem Leiter des Kinderkrankenhauses Berlin-Frohnau. Sie waren es, die als sogenannte Gutachter das weitere Schicksal eines gemeldeten Kindes bestimmten, wobei ihnen als Entscheidungsgrundlage nur die spärlichen Angaben des Erhebungsbogen vorlagen. Wenn sie einstimmig zum Ergebnis kamen, daß die Tötung des Kindes angebracht sei, erfuhr der behandelnde Arzt vom "Reichsausschuß", daß eine "Ermächtigung" vorlag. Das bedeutete, daß er das Kind jetzt straffrei töten konnte, falls er es von seinem ärztlichen Urteil her für wünschenswert hielt, es hieß aber nicht, daß er es töten mußte. Er hatte also die letzte Entscheidung selbst zu treffen und zu verantworten. Die Anstalt Eglfing-Haar beherbergte eine der etwa 30 sogenannten Kinderfachabteilungen, in denen die betroffenen Kinder aufgenommen wurden und die der "Reichsausschuß" eingerichtet hatte, damit sie möglichst unauffällig getötet werden konnten.

Im Juli 1939 wies HITLER BOUHLER und BRANDT an, Maßnahmen zur Tötung von Patienten aus Heil- und Pflegeanstalten vorzubereiten. Die beiden wählten einige Psychiater und Anstaltsärzte aus, die ihnen politisch zuverlässig schienen und luden sie Ende desselben Monats zu einer Besprechung nach Berlin. Zu ihnen gehörte auch HERMANN PFANNMÜLLER (1886 - 1961), der seit dem 1. Februar 1938 Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar war. Es wurde offen angesprochen, daß ein Teil der in Anstalten untergebrachten

psychisch kranken Menschen getötet werden sollte, um, wie es hieß, zum einen Lazarettraum für den bevorstehenden Krieg zu schaffen und zum anderen zusätzliches Personal für die Pflege verwundeter Soldaten zu erhalten. BOUHLER sagte weiterhin, daß HITLER eine gesetzliche Regelung aus außenpolitischen Gründen nicht wollte. Alle Konferenzteilnehmer bis auf einen einzigen erklärten sich zur Mitwirkung bereit und sie nannten von sich heraus einige Gruppen von psychisch Kranken, die ihrer Meinung nach für eine Tötung in Betracht gezogen werden sollten (4).

Am 9. Oktober 1939 schrieb das Reichsministerium des Inneren zahlreiche Anstalten, unter anderem in Sachsen, Baden, Württemberg und Bayern an und forderte sie auf, "im Hinblick auf die planwirtschaftliche Erfassung der Heil- und Pflegeanstalten" umgehend alle die Kranken zu melden, die

"1. an nachstehenden Krankheiten leiden und in den Anstaltsbetrieben nicht oder nur mit mechanischen Arbeiten (Zupfen u.ä.) zu beschäftigt sind:

Schizophrenie,

Epilepsie (wenn exogen, Kriegsbeschädigung oder andere Ursache angeben),

senile Erkrankungen,

Therapie-refraktäre Paralyse und andere Lues-Erkrankungen,

Schwachsinn jeder Ursache,

Encephalitis,

Huntington und andere neurologische Endzustände; oder

2. sich seit mindestens fünf Jahren dauernd in Anstalten befinden; oder

3. als kriminelle Geisteskranke verwahrt sind; oder

4. nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen oder nicht deutschen oder artverwandten Blutes sind unter Angabe von Rasse\* und Staatsangehörigkeit.

\* deutsche oder artverwandten Blutes (deutschblütig), Jude, jüdischer Mischling I. oder II. Grades, Neger, Negermischling, Zigeuner, Zigeunermischling usw." (5).

Gleichzeitig erhielten die Anstalten zwei Formulare zugeschickt. Der "Meldebogen 1" diente dazu, Angaben über die im Rundschreiben bezeichneten Kranken zu erheben (6). Er umfaßte drei Bereiche: Angaben zur Person, zur Erkrankung und zur Arbeitsfähigkeit. Die Angaben zur Person wurden aber durch Fragen der Art ergänzt, ob der Betreffende noch regelmäßig Besuch erhielt und wer die Kosten für seine Unterbringung bezahlte. Die Angaben zur Erkrankung waren äußerst knapp. Es mußte lediglich eine kurze Anamnese, die den Beginn der Erkrankung, vorhergehende Anstaltsunterbringung und psychisch kranke Blutsverwandte verzeichnete, die Diagnose und einige Hauptsymptome aufgezeichnet werden. Weitere fünf Fragen in Ja-Nein-Auswahl verlangten Aufschluß über den gegenwärtigen Zustand des Patienten: Vorwiegend bettlägerig? Sehr unruhig? In festem Haus? Körperlich unheilbares Leiden? Kriegsbeschädigung? Zusätzlich war im Falle von Schizophrenie eine der vorgedruckten Möglichkeiten "Frischfall-Endzustand-gut remittierend" zu kennzeichnen, bei Schwachsinn "debil-imbezill-Idiot", bei Epilepsie "psychisch verändert-durchschnittliche Häufigkeit der Anfälle" und bei senilen Erkrankungen "stärker verwirrt-unsauber". Eine gegebenenfalls durchgeführte somatische Therapie mußte benannt und in ihrem Erfolg eingestuft werden. Die Angaben, die zur Arbeitsfähigkeit des Kranken verlangt waren, wurden im Laufe der Zeit immer ausführlicher. Genau mußten die Art und Dauer der Beschäftigung benannt und der Wert der Arbeitsleistung mit der Durchschnittsleistung Gesunder verglichen werden. Der "Meldebogen 2" beschäftigte sich mit der Anstalt selbst (7). Er fragte unter anderem nach ihrer Lage, der Entfernung zur nächstgelegenen Bahnstation, dem Träger, der Zahl der Patienten und Ärzte und diente dazu, den späteren Abtransport der Kranken organisatorisch vorzubereiten.

Das weitere Verfahren zur Erfassung und Begutachtung der Kranken glich dem, wie es bei der Tötung behinderter Kinder entwickelt worden war. Wiederum mußten die ausgefüllten Meldebogen an das Reichsministerium des Inneren gesandt werden, aber wie bei der "Kindereuthanasie" wurden sie von dort aus gleich einer neugeschaffenen Tarnorganisation, der "Reichsarbeitsgemeinschaft Heil-

und Pflegeanstalten" zugestellt. Wie es der "Reichsausschuß" tat, leitete auch die "Reichsarbeitsgemeinschaft" fotokopierte Meldebogen an je drei ärztliche Gutachter weiter, die wiederum ohne persönliche Kenntnis des Kranken oder seiner Krankengeschichte allein anhand des Meldebogens zu entscheiden hatten, ob der betreffende Mensch ihrer Meinung nach weiterleben durfte oder ob er sterben mußte. Mit zu den ersten Ärzten, die für die "Reichsarbeitsgemeinschaft" Meldebogen begutachteten, gehörte PFANNMÜLLER, der Direktor der Anstalt Eglfing-Haar. Der Beginn seiner Tätigkeit wurde unter dem Datum "17. 11. 1939" (8) verzeichnet.

Anders als bei den Kindern gab es bei den Erwachsenen noch zwei Obergutachter. Es waren die Professoren WERNER HEYDE, Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik Würzburg und HERMANN PAUL NITSCHKE, Direktor der Sächsischen Landesheil- und Pflegeanstalt Sonnenstein bei Pirna. Ihre Aufgabe war es unter anderem, die Tötung eines gemeldeten Kranken anzuordnen, falls die drei Gutachter sie unabhängig voneinander befürwortet hatten. Ferner legten sie die Richtlinien fest, nach denen begutachtet werden sollte. HEYDE und NITSCHKE verlangten von den Gutachtern eine "Ausscheidung nach strengem Maßstab" und zwar "aller derjenigen, die unfähig sind, auch nur in Anstalten produktive Arbeit zu leisten, also nicht nur von geistig Toten" (9).

Die "Reichsarbeitsgemeinschaft" versandte die zu begutachtenden Meldebogen in kleinen Leitz-Ordern, die jeweils etwa 150 Stück der Fotokopien im Format DIN A5 enthielten. Meist war ihnen ein kurzer Brief des Leiters der "Reichsarbeitsgemeinschaft" beigelegt, der diesen oder einen ähnlichen Wortlaut hatte:

"An das Mitglied des Gutachter-Ausschusses

Herrn Ob-Med.-Rat Dr. Pfannmüller

Betrifft: Meldebogen-Sendung Nr. 137 901 - 138 200

In der Anlage lasse ich Ihnen 300 Meldebogen aus den Anstalten Lüneburg mit der Bitte um Begutachtung zugehen. Freigemachte Aufkleberanschrift für die Rücksendung liegt bei.

Heil Hitler!

Prof. Dr. Heyde" (10)

PFANNMÜLLER begutachtete nach seinen Angaben sehr sorgfältig. Er behauptete, jeden Bogen zweimal durchgesehen zu haben. "Die Begutachtung nahm mich außerordentlich in Anspruch und kostete mich viel Zeit und Mühe. Ich saß oft bis spät in die Nacht über den Photokopien" (11). Wenn er die Tötung eines Kranken für angebracht hielt, hatte er in den freigelassenen Raum unter dem Meldebogen ein rotes Pluszeichen zu setzen und "Pf" als Zeichen seines Namens, Lehnte er sie ab, vermerkte er ein blaues Minuszeichen; war ihm der Fall unklar, schrieb er ein Fragezeichen. Es war die Aufgabe seiner Sekretärin, nachzuschauen, ob auch alle Meldebogen wirklich gezeichnet waren, bevor sie sie in eingeschriebener Sendung zur Post geben durfte.

Auch PFANNMÜLLER legte den Meldebogen ein Schreiben bei, das den Umfang der geleisteten Gutachtertätigkeit bezeichnete:

"An die Reichsarbeitsgemeinschaft

Heil- und Pflegeanstalten

z.H. Pg. Professor Dr. Heyde, Berlin W9

Betreff: 107. Meldebogen-Sendung 300 Stück,

Nr. 137 901 - 138 200 zum Schreiben vom 25.11.40.

Sehr verehrter Herr Prof. Dr. Heyde!

In der Anlage übersende ich Ihnen die 107. Meldebogen-

Sendung 300 Stück, Nr. 137 901 - 138 200 nach Begutachtung zurück.

Heil Hitler!

Dr. Pfannmüller" (12)

Die Gutachtertätigkeit von PFANNMÜLLER erreichte ihren Höhepunkt in der Zeit vom 12. November 1940 bis zum 3. Juni 1941 (siehe Tabelle 22). Bisweilen trafen zwei Sendungen an ein und demselben Tag ein, wie am 28. Nov. 1940, als PFANNMÜLLER zweimal 300 Meldebogen von Patienten der Anstalt Schleswig erhielt, oder es kamen mehrere Sendungen an unmittelbar aufeinanderfolgenden Tagen wie am 15. und 16. April 1941, als ihm insgesamt 600 Meldebogen von Patienten aus den Anstalten Am Steinhof, Obrawalde, Langenhorn, Wiesengrund und Günzburg zugeschickt wurden. Auch wenn PFANNMÜLLER mehrere Sendungen gleichzeitig zu erledigen hatte, blieb keine länger als sieben Tage unbearbeitet. Die Sendungen, die am 20. und 28. Nov. 1940 in Berlin abgegangen waren, hatte PFANNMÜLLER vermutlich noch am

selben Tag bearbeitet, an dem er sie erhalten hatte, da sie schon jeweils zwei Tage später am 22. bzw. 30. Nov. 1940 von Eglfing nach Berlin zurückgesandt wurden. Peinlich genau wurde in den Briefen, die PFANNMÜLLER einer Rücksendung nach Berlin beilegte, vermerkt, wenn ein einzelner Meldebogen gefehlt hatte. Als PFANNMÜLLER einmal auf die große Zahl von Begutachtungen angesprochen wurde, die er in so kurzer Zeit erledigte, beispielsweise waren es vom 14.11. bis zum 1.12.1940 mindestens 2058 Meldebogen, meinte er, daß es "leicht begutachtliche Fälle gewesen sein" (13) könnten. In geringerem Umfang setzte PFANNMÜLLER seine Tätigkeit als Gutachter auch nach dem 3. Juni 1941 fort. Noch am 8. Februar 1944 wurde er als einer der "zur Begutachtung in Anspruch genommenen Ärzte" (14) genannt, zumindest am 21. August 1943 hatte er auch eine Meldebogen-Sendung erhalten (15).

Die Gutachter erhielten für ihre Tätigkeit ein Honorar von der "Reichsarbeitsgemeinschaft". Rückwirkend ab 1. Oktober 1940 waren folgende Sätze vorgesehen:

|                                |                  |
|--------------------------------|------------------|
| "Monatlich bis 500 Fragebogen  | RM 100,-         |
| Monatlich bis 2000 Fragebogen  | RM 200,-         |
| Monatlich bis 3500 Fragebogen  | RM 300,-         |
| Monatlich über 3500 Fragebogen | RM 400,- " (16). |

Danach wurde die über Leben und Tod entscheidende Begutachtung eines Meldebogens mit einem Betrag zwischen 8 und 20 Pfennig entgolten.

Wenn der Obergutachter der vorgesehenen Tötung zugestimmt hatte, leitete er die Namen an die "Gemeinnützige Krankentransport GmbH", einer weiteren Tarnorganisation, die mit der Kanzlei HITLERs in Verbindung stand, weiter. Sie stellte Listen der betroffenen Menschen zusammen, holte sie aus den Anstalten, in denen sie untergebracht waren, ab und brachte sie in eine der sogenannten Reichsanstalten, die ausschließlich der Tötung vorbehalten waren. Sie standen in Grafeneck, Brandenburg, Bernburg, Hartheim, Sonnenstein und Hadamar. Immer vier von ihnen waren gleichzeitig in Betrieb. Bevor die Kranken dort durch Giftgas, und zwar Kohlenmonoxid, getötet wurden, wurden sie noch einem Arzt vorgestellt, der ein paar Worte mit ihnen sprach und der bisweilen auch einen von ihnen zurückstellte; meist beschränkte sich seine "Untersuchung" jedoch darauf, die Namen der

Kranken auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Bevor die Menschen nackt in den "Duschraum" mit den versteckten Gasdüsen geführt wurden, wurden sie alle noch fotografiert und die unter ihnen besonders gekennzeichnet, deren Gebiß Zähne mit Goldplomben enthielt, da sie nach ihrem Tod herausgebrochen werden sollten. Nach den Vorschriften mußte es ein Arzt sein, der das Gas in den Raum einzuleiten und seine Wirkung durch ein Glasfenster zu beobachten hatte. Nach etwa zwei Stunden wurde der Raum gelüftet. Die Leichen wurden zu mehreren verbrannt, ihre Asche in Urnen gefüllt. Eine davon wahllos herausgegriffen bekamen die Angehörigen auf Wunsch zugeschickt; auf jeden Fall erhielten sie einen Brief, der den plötzlichen Tod mit einer gefälschten ärztlichen Diagnose begründete, sowie eine Sterbeurkunde, die das in der Tötungsanstalt untergebrachte Standesamt angefertigt hatte. Die Kleider der Toten, die oft deutlich nach Gas rochen, wurden in die Anstalten zurückgebracht, in denen die Getöteten zuvor als Patienten untergebracht gewesen waren.

Von Anfang an waren die für die Tötung von psychisch kranken Menschen Verantwortlichen bemüht, ein Gesetz zu schaffen, das ihrem Tun die rechtliche Grundlage gab. Nachdem HITLER einen im August 1939 vorgelegten Entwurf abgelehnt hatte, unterzeichnete er etwa im Oktober den oben wiedergegebenen, auf privatem Briefpapier geschriebenen Text, der auf den Tag des Kriegsbeginns zurückdatiert war. Trotzdem drängten die an der Ausführung der Tötungen unmittelbar beteiligten Personen weiterhin auf ein Gesetz. BOUHLER, BRANDT und andere stellten einen Entwurf zusammen, der mit "Gesetz über die Sterbehilfe für Lebensunfähige und Gemeinschaftsfremde" überschrieben war. Sie verschickten ihn am 3. Juni 1940 an etwa 30 Menschen, die im weitesten Sinne mit der Tötung von Anstaltskranken befaßt waren. Zu den Empfängern gehörte auch PFANNMÜLLER in Eglfing-Haar. Am 31. August 1940 ging ihnen der um die gemachten Änderungsvorschläge erweiterte Entwurf als "Gesetz über die Leidenbeendigung bei unheilbaren Kranken und Lebensunfähigen" erneut zur Stellungnahme zu. Ein Paragraph gab die Tötung von unheilbar Kranken frei, falls sie es ausdrücklich verlangten und

ein besonders ermächtigter Arzt zugestimmt hatte, ein anderer die Tötung von Kranken, die wegen einer unheilbaren psychischen Erkrankung für immer in einer Anstalt untergebracht waren. In ihrem Fall sollte eine Kommission von Sachverständigen die Entscheidung treffen. Der Gesetzentwurf war auch Inhalt eines Gesprächs, das PFANNMÜLLER mit BOUHLER führte, als dieser im Spätsommer 1940 die Anstalt Eglfing-Haar auf der Durchreise nach Italien besuchte. Auf einer Besprechung im Oktober 1940 wurden noch einmal alle Einzelheiten des Gesetzestextes im großen Kreis erörtert. PFANNMÜLLER meldete sich zu Wort, weil ihm die Begriffe "schwere körperliche Mißbildung" und "normale Altersvorgänge" bei der Abgrenzung der Krankheitsbilder in den Durchführungsbestimmungen nicht klar und eindeutig genug erschienen. Im Spätherbst 1940 lehnte HITLER aus Gründen, über die nur Vermutungen angestellt werden können, erneut eine Unterschrift ab (17).

Der Rückhalt in der Bevölkerung bei der Tötung psychisch kranker Menschen war stets gering. Vor allem die katholische und evangelische Kirche, aber auch Juristen, Ärzte und selbst Parteimitglieder hatten wiederholt ihren Unmut zum Ausdruck gebracht. Aber erst als am 3. August 1941 der Bischof von Münster, Graf GALEN, in einer Predigt die Tötung von psychisch kranken Menschen öffentlich als Mord bezeichnete, zeigte sich eine Wirkung. Drei Wochen danach, am 23.8.1941 ordnete HITLER an, die Krankentötungen in den sogenannten Reichsanstalten sofort einzustellen.

Bis dahin waren bereits über 70.000 Menschen getötet worden. Eine zeitgenössische Aufstellung nannte folgende Zahlen:  
Grafeneck 9839 Tote in der Zeit von Januar 1940 bis Dezember 1940,  
Brandenburg 9772 Tote in der Zeit von Januar 1940 bis September 1940,  
Bernburg 8601 Tote in der Zeit von September 1940 bis August 1941,  
Hartheim 18269 Tote in der Zeit von Januar 1940 bis August 1941,  
Sonnenstein 13720 Tote in der Zeit von April 1940 bis August 1941,  
Hadamar 10072 Tote in der Zeit von Januar 1941 bis August 1941 (18).  
Es wurde auch errechnet, welche Einsparungen in den nächsten zehn Jahren durch den 70273-fachen Mord erzielt wurden: Sie wurden beziffert unter anderem mit 88 543 980,00 RM, 33 733 003,40 Kilogramm Lebensmittel und 2 124 568 Stück Eiern (19).

Aber auch nach dem 23.8.41 wurden psychisch kranke Menschen in Meldebogen erfaßt, die die "Reichsarbeitsgemeinschaft" an Ärzte zur Begutachtung weiterreichte, denn nach dem Krieg sollten die staatlich organisierten Tötungen fortgesetzt werden. Außerdem wurde die "Euthanasie" der Kinder, die bis dahin auf höchstens Dreijährige beschränkt sein sollte, auf höhere Lebensalter ausgedehnt. Ferner wurden in zahlreichen Heil- und Pflegeanstalten Kranke mit Morphinum oder Barbituraten vergiftet oder man ließ sie durch Entzug der Nahrung verhungern. Auf diese Weise wurden vermutlich annähernd ebenso viele psychisch kranke Menschen umgebracht, wie in den Jahren zuvor.

Weil die "Euthanasie" die Zahl der psychisch kranken Menschen verringert und reine Pflegestationen beseitigt hatte, konnte nach Meinung einiger Psychiater, unter ihnen waren z.B. der Obergutachter der "Reichsarbeitsgemeinschaft" NITSCHKE und der Gutachter des "Reichsausschusses" HEINZE, in Zukunft in den Anstalten mehr Gewicht auf Forschung und Behandlung gelegt werden. Sie schlugen im einzelnen vor, psychiatrische Kliniken und Anstalten in enger Verbindung mit Krankenhäusern für körperlich Kranke zu errichten, die Anstaltsärzte in Rassenhygiene, Erbbiologie, innerer Medizin und Neurologie auszubilden und für ihre wissenschaftliche Fortbildung zu sorgen, die Anstalten mit Hilfsmitteln zur Therapie wie Elektrokrampf-Geräten auszurüsten und die Insassen verstärkt zu landwirtschaftlicher und industrieller Arbeit heranzuziehen (20). Sie hofften, durch die Tötung von Patienten aus den Heil- und Pflegeanstalten eine verstärkt therapeutische Ausrichtung und grundsätzliche Neuordnung der deutschen Psychiatrie erreichen zu können.

## 6.2 Die Tötung von Erwachsenen

In der Anstalt Eglfing-Haar war Direktor PFANNMÜLLER dafür verantwortlich, daß die Anordnungen zur "Euthanasie" in die Tat umgesetzt wurden. Zu Beginn des Zweiten Weltkrieges, kurz bevor die Aktion zur Tötung von Anstaltspatienten begann, erinnerte er sich in einem Gespräch mit einem Kollegen an ein Geschehen aus dem letzten Krieg, das er im Kriegsneurotiker-Lazarett in Homburg als junger Arzt hatte mitansehen müssen. Damals waren, als die Lebensmittel knapp wurden, gerade die Leichtkranken, die zu Arbeiten herangezogen wurden, verhungert, während die Schwerkranken überlebt hatten, weil für sie, die im Bett liegen bleiben konnten, die geringen Nahrungsmengen ausgereicht hatten. PFANNMÜLLER, der die zur Tötung psychisch kranker Menschen getroffenen Vorbereitungen kannte, deutete seinem Kollegen an, dieses Mal achte die Regierung darauf, daß sich so etwas nicht wiederholen könne. Ohne in Einzelheiten zu gehen, kündigte er ihm an, daß demnächst nähere Anweisungen in der Anstalt einträfen (21).

Einige Wochen später war es soweit. Die Meldebogen, die das Reichsministerium des Inneren am 9. Oktober 1939 zur Erfassung der Anstaltspatienten verschickt hatte, waren auch in Eglfing-Haar eingetroffen. Auf einer Konferenz der Anstaltsärzte und ebenso auf einer Konferenz der Oberpfleger teilte PFANNMÜLLER mit, wegen Raumangel müßten Kranke in billigere Pflegeanstalten verlegt werden. Er führte aus: In Frage kommt dafür nur, wer als unheilbar anzusehen ist, keine produktive Arbeit mehr leistet und sich seit mindestens fünf Jahren in der Anstalt befindet; ausgenommen von dieser Maßnahme sind Alterskranke und Kriegsversehrte; Kranke, die gut arbeiten, können ebenfalls in der Anstalt bleiben (22). Dann ließ PFANNMÜLLER die "Meldebogen 1" an die Ärzte der einzelnen Abteilungen verteilen. Die Zeit zur Auswahl der Patienten war äußerst knapp, denn bereits Ende Oktober mußten die Erhebungen, deren wahre Bedeutung noch niemand außer dem Direktor kannte, abgeschlossen sein.

Die Angaben zur Person wurden von Kanzleibeamten eingetragen, die klinischen Angaben von den Abteilungsärzten, die oft die Oberpfleger zu Rate zogen, um die Arbeitsfähigkeit einzelner Patienten abzuklären. Nachdem PFANNMÜLLER die ausgefüllten Bogen zurückerhalten hatte, suchte er zusammen mit seinem Stellvertreter und dem zuständigen Abteilungsarzt jeden einzelnen Kranken auf. Denn die letzte Entscheidung, ob der Betreffende auch wirklich der "Reichsarbeitsgemeinschaft" gemeldet werden sollte, lag bei ihm. Um sich davon zu überzeugen, daß die Erhebungen auch wahrheitsgetreu erfolgt waren, sprach er noch einmal mit den Patienten, studierte die Krankengeschichten und verglich seinen Eindruck mit dem seines Stellvertreters, den er gerade deshalb bei der Untersuchung dabei haben wollte, weil er schon länger in der Anstalt war und die Kranken besser kannte (23). Dieser hatte nämlich zuerst seine Mitwirkung bei dem Rundgang durch die Anstalt mit der Begründung abgelehnt, daß er grundsätzlich gegen die Verlegung von Kranken sei, da man nie wisse, wie es ihnen danach gehe (24).

Bei seiner Entscheidung, einen Patienten als "Ausscheidungsfall" an die "Reichsarbeitsgemeinschaft" zu melden, ließ sich PFANNMÜLLER von zwei Gesichtspunkten leiten, zum einen vom medizinischen, wie lange die Erkrankung schon dauerte, zum anderen vom wirtschaftlichen, wieviel der Betreffende noch arbeiten konnte. Zur Beantwortung der letztgenannten Frage wandte er sich an die Oberpfleger bzw. an die Oberpflegerinnen, die die in der Anstalt untergebrachten Menschen in dieser Hinsicht am besten kannten. Einer von ihnen hielt er einmal halb scherzend, halb drohend vor: "Nicht daß Sie mir sagen, die Kranken arbeiten, wenn sie bloß einen Strickstrumpf in der Hand haben" (25).

Über die Auswahl der Patienten meinte PFANNMÜLLER: "Das ist alles sehr genau gemacht worden" (26). Außer durch die genauen Untersuchungen versuchte der Direktor, der wußte, daß die verlangte Meldung von Anstaltsinsassen an die "Reichsarbeitsgemeinschaft" in den meisten Fällen deren Tod zur Folge haben werde, mögliche Zweifel an der Berechtigung dieser Maßnahme zu zerstreuen, indem er den schlechten psychischen Zustand der Patienten hervorhob und sein

eigenes Urteil hinter die Auffassung der anderen Ärzte zurückstellte. Er sagte rückblickend: "Es waren lauter alte, asoziale, vollkommen defekte Kranke, die verlegt werden sollten, die sich seit vielen Jahren in der Anstalt befanden. Deren Zustand war nicht von einem Arzt, sondern im Wechsel der Abteilungsärzte von vielen Personen festgestellt" (27).

Insgesamt wurden bei dieser ersten Erhebung 1119 der 2907 Patienten, die am Stichtag des 15. Oktober 1939 in der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar untergebracht waren, erfaßt und als "asoziale und antisoziale Geisteskranke" an die "Reichsarbeitsgemeinschaft" gemeldet (28). Bei 38,5 % seiner Patienten hielt PFANNMÜLLER eine Verlegung, d.h. Tötung für angebracht! In der Sprache der Pfleger waren es die "schlechten Kranken", also die Erregten, Widerstrebenden oder Abgestumpften, die von der Maßnahme betroffen waren, während die "guten Kranken", also die Einsichtigen, Willigen, zur Mitarbeit Bereiteten verschont wurden und in der Anstalt verbleiben durften.

Zwar ging die Erfassung von psychisch Kranken auch nach dem 15. Oktober 1939 weiter, für jeden neu aufgenommenen Patienten mußte unabhängig von der Schwere seines Krankheitsbildes der "Meldebogen 1" ausgefüllt werden, aber ansonsten erinnerte im Herbst 1939 nichts an die von PFANNMÜLLER angekündigten Verlegungen. Die "Reichsarbeitsgemeinschaft" nutzte die Zeit und verschickte Fotokopien der Meldebogen an die Gutachter, übertrug deren Wertung und legte das Ergebnis den Obergutachtern vor; Listen von Patienten, die in eine "Reichsanstalt" verlegt und getötet werden sollten, wurden zusammengestellt.

Unmittelbar nachdem Mitte Januar 1940 die Krematoriumsöfen in der württembergischen Tötungsanstalt Grafeneck aufgestellt waren, fuhr deren ärztlicher Leiter nach Eglfing-Haar, um die ersten Kranken, die umgebracht werden sollten, persönlich abzuholen. Am 18. Januar 1940 wurden 25 Männer in einen der grauen Omnibusse der "Gemeinnützigen Krankentransport GmbH" geführt und nach Grafeneck gebracht, wo sie am folgenden Tag eintrafen und mit Kohlenmonoxid getötet wurden (29). Patienten aus Eglfing-Haar waren also die ersten, die der "Euthanasie" zum Opfer fielen. Am 20. Januar wurden in Eglfing-Haar 22 Frauen verladen, wiederum war das Fahrtziel Grafeneck.

Weitere Transporte folgten im Februar und Mai mit 47 bzw. 70 Kranken (siehe Tabelle 23). Doch das war erst der Anfang. Zwischen dem 30.8.1940 und dem 17.1.1941 wurde über ein Drittel aller Anstaltspatienten aus Eglfing-Haar verlegt und getötet. Ihre Zahl entsprach annähernd der der im Oktober 1939 an die "Reichsarbeitsgemeinschaft" geschickten Meldbogen. Sie kamen alle in die sogenannte Reichsanstalt Hartheim bei Linz an der Donau, da PFANNMÜLLERs Wunsch nach einem eigenen Krematorium in Eglfing-Haar wegen der Nähe zur Großstadt München abgelehnt worden war (30).

Die in Oberösterreich gelegene Anstalt Hartheim war in einem Renaissance-Schloß untergebracht, das von der Außenwelt hermetisch abgeriegelt war. Die Menschen, die hier getötet werden sollten, gelangten bei ihrer Ankunft zuerst in einen Bretterverschlag, der sich an der Außenmauer des Gebäudes befand, von außen mit Dachpappe beschlagen war, fest verschlossen werden konnte und keine Fenster besaß. Von dort wurden die Kranken über den Schloßhof in ein Zimmer geführt, in dem sie sich entkleiden mußten, und anschließend in ein Fotoatelier, wo sie fotografiert wurden. Nachdem sie mit einer Nummer versehen worden waren, wurden sie schließlich in einen Raum gebracht, der einem Baderaum glich und den sie, angeblich weil sie ein Bad nehmen sollten, völlig entkleidet betreten mußten. "Der Eingang war sehr klein, die Tür aus Eisen mit Gummi verdichtet, der Verschuß von massiven Hebelriegeln, in der Tür ein kleiner runder Ausguck. Die Wände dieses Raumes waren bis zur Hälfte mit Fliesen ausgelegt" (31). Unter der Decke liefen Rohre mit sechs sichtbaren Brausen, die das Giftgas in den Raum leiteten. Die Apparatur zur Vergasung, Gasflaschen und verschiedene Gasmesser befanden sich in einem Nebenraum. "Durch eine Türe wurden die Leichen sodann an den Beinen in den neben der Gaskammer befindlichen Kühlraum geschleift, in dem sie zu großen Haufen geschichtet der Verbrennung harrteten" (32). Das Krematorium, dessen 26 Meter hoher Schornstein durch die Schloßmauer verborgen und deshalb von außen nicht zu sehen war, wies (oder drei) Verbrennungsöfen auf. "Die Asche der verbrannten Leichen wurde zuerst in Lastkraftwagen zur Donau befördert. Nicht selten waren die Verbrennungen so

mangelhaft, daß sich noch ganze Knochenteile unter der Asche befanden, die während des Transportes auf den Weg fielen oder am Donauufer zu finden waren. Ortsbewohner errichteten am Wegrand kleine Häufchen, um dadurch den SS Leuten zu verraten, was sie erfahren hatten. Nun wurden die Fahrten zur Donau eingestellt; über den weiteren Verbleib der Asche mag man nichts Genaueres zu berichten" (33).

Die Menschen in der Anstalt Eglfing-Haar, Ärzte, Pfleger und Patienten, erfuhren erst allmählich, was die Krankenverlegungen bedeuteten. Nach und nach sickerte durch, die Kranken kämen in ein Vernichtungslager. Dort, so hieß es, würden sie durch Röntgenstrahlen getötet, erhielten sie Todesspritzen oder würden durch Zyankali und vergiftete Speisen umgebracht. Die Gerüchte wurden dadurch genährt, daß aus der angeblichen Pflegeanstalt die Kleider und der persönliche Besitz der Kranken zurückgeschickt wurden und daß an diesen Dingen ein deutlicher Gasgeruch haftete. Ein Patient hatte seinem Pfleger vor der Verlegung versprochen, ihm aus der neuen Anstalt zu schreiben. Einige Zeit später las der Pfleger jedoch zu seiner Überraschung in der Zeitung, daß sein Patient gestorben war (34). Auch Angehörige kamen in die Anstalt und zeigten einen Brief vor, den sie aus der sogenannten Reichsanstalt erhalten hatten und in dem ihnen die Nachricht vom plötzlichen Tod ihres Verwandten mitgeteilt worden war. So wurde es im Laufe der Zeit für Pfleger und Ärzte zur Gewißheit, daß ihre Patienten nach der Verlegung getötet wurden.

Immer etwa zwei Wochen, bevor wieder Kranke aus Eglfing-Haar verlegt werden sollten, schickte das bayerische Staatsministerium des Inneren ein eingeschriebenes Schreiben an Direktor PFANNMÜLLER.

Meistens hatte es folgenden Wortlaut:

"Betrifft: Verlegung von Kranken der Heil- und Pflegeanstalten  
Die gegenwärtige Lage macht die Verlegung einer großen Anzahl von in Heil- und Pflegeanstalten untergebrachten Kranken notwendig. Im Auftrage des Reichsverteidigungskommissars ordne ich die Verlegung von (...Anzahl) Kranken aus Ihrer Anstalt an. Die Verlegung wird voraussichtlich am (...Datum) erfolgen. Wegen der Auswahl und Abholung der Kranken, die in meinem Auftrag erfolgt,

wird sich die Gemeinnützige Kranken-Transport G.m.b.H. in Berlin, bzw. deren Transportleiter mit Ihnen ins Benehmen setzen.

Der Transport ist von der Abgabeanstalt vorzubereiten. Falls die Anstalt über kein Bahnanschlußgleis verfügt, ist der Transport der Kranken bis zur nächsten Bahnstation von der Anstalt durchzuführen. Unruhige Kranke sind mit entsprechenden Mitteln für einen mehrstündigen Transport vorzubereiten. Die Kranken sind, soweit möglich, in eigener Wäsche und Kleidung zu übergeben. Das gesamte Privateigentum ist in ordentlicher Verpackung mitzugeben. Soweit keine Privatkleidung vorhanden ist, stellt die Abgabeanstalt Wäsche und Kleidung leihweise zur Verfügung.

Die Krankenpersonalakten und Krankengeschichten sind dem Transportleiter auszuhändigen.

Die Kostenträger sind von der Abgabeanstalt davon in Kenntnis zu setzen, daß weitere Zahlungen über den Tag der Verlegung hinaus solange einzustellen sind, bis sie von der Aufnahmeanstalt aufgefördert werden. Die Benachrichtigung der Angehörigen erfolgt unverzüglich durch die Aufnahmeanstalt. Sollte in der Zwischenzeit ein Angehöriger bei der Abgabeanstalt anfragen, so antwortet diese, falls ihr der Name der Aufnahmeanstalt nicht bekannt sein sollte, der Kranke sei im Auftrage des zuständigen Reichsverteidigungskommissars verlegt worden. Die neue Anstalt würde sich im übrigen alsbald mit den Angehörigen in Verbindung setzen." (35).

Ein oder zwei Tage vor dem Transport erhielten die Oberpfleger vom Direktor eine Liste der zur Tötung bestimmten Patienten. Die Oberpfleger suchten die Kranken heraus, die in ihrer Abteilung lebten und leiteten den Auftrag, sie vorzubereiten, an die Pfleger und Pflegerinnen weiter. Die packten als erstes die Kleider der Patienten zusammen, brachten sie ins Besuchszimmer und füllten sogenannte Eigentumsnachweiskarten - weiße für Männer, gelbe für Frauen - aus, in denen der Besitz, der den Patienten mitgegeben wurde, genau verzeichnet werden mußte. Sämtliche Gegenstände waren, gesondert nach neuwertig und gebraucht, aufzuführen. Im einzelnen wurden die folgenden Angaben festgehalten: Anzahl der Bettwäsche, Binden, Blusen, Brillen, Brusthalter, Gebisse, Geldtaschen, Haarbürsten, Haarkämme, Halstücher, Handschuhe, Hand-

taschen, Handtücher, Hemden - Nacht, Hemden - Tag, Hemdhosen, Hosens, Hüftgürtel, Hüte, Jacken - Nacht, Jacken - Pelz, Jacken - Strick, Jacketts, Kleider, Koffer, Korsette, Kostüme, Krawatten, Leibchen, Mäntel - Pelz, Mäntel - Regen, Mäntel - Sommer, Mäntel - Winter, Mützen, Pantoffel, Pelzkragen, Pulswärmer, Regenschirme, Ringe - Finger, Ringe - Ohr, Röcke - Ober, Röcke - Schlaf, Röcke - Unter, Schalttücher, Schlüpfen, Schürzen, Schuhe - Filz, Schuhe - Leder, Schuhe - Haus, Schuhe - Überschuhe, Gummi usw., Strümpfe, Strumpfhalter, Uhren, Umschlagtücher, Westen, ferner noch Urkunden und Ausweispapiere, Wertgegenstände und Bargeld. Die "Gemeinnützige Krankentransport GmbH" hatte diese Maßnahme angeordnet, nachdem Angehörige wiederholt fehlende Gegenstände und Wertgegenstände reklamiert hatten. Es wurde von der "Reichsarbeitsgemeinschaft" empfohlen, "bei der Verschiedenartigkeit sowohl der Gegenstände als auch der Auffassung (insbesondere der Kranken und deren Angehörigen)", was unter Wertgegenständen zu verstehen sei, auch scheinbar weniger wertvolle aufzuführen (36). Hatten die Pfleger diese Aufgabe erledigt, übergaben sie Besitz und Verzeichnis jeweils dem Oberpfleger oder der Oberpflegerin. Außerdem wurden die Krankengeschichten hervorgeholt und bereitgestellt, da sie den Patienten auf dem Weg in die Tötungsanstalten mitgegeben werden mußten. Nachdem einmal die Unterlagen zweier Frauen mit Namen Maier verwechselt worden waren und deshalb die falschen Angehörigen eine Todesnachricht erhalten hatten, mußten die Aufzeichnungen auf Anordnung des Direktors genau und sorgfältig überprüft werden, ehe sie aus der Hand gegeben wurden.

Einen Tag vor der Verlegung in die Tötungsanstalt holten die Pfleger die Patienten zu sich und stempelten ihnen den Namen auf die Schulterblätter. Jetzt wußten die betroffenen Menschen genau, sie werden aus der Anstalt verlegt, und sie ahnten auch, was das bedeuten konnte. Eine Patientin soll, nachdem sie gestempelt worden war, die umstehenden acht bis neun Personen der Reihe nach angeschaut und gesagt haben: "Wenn ich umkomme, hole Euch alle miteinander der Teufel" (37).

Ein anderer Patient ließ am Tag, bevor er verlegt wurde, einen Abschiedsbrief auf der Maschine tippen, da er selbst nur mit Mühe

schreiben konnte:

"Haar, den 19641

Liebe Mutter! Da ich von hier fort muß u. nicht weiss wo hin, will ich Euch die letzten Zeilen schreiben. Es ist hart für mich. Ich sage Allen herzlichen Dank u. auf Wiedersehen, wenn nicht auf dieser Welt, dann hoffentlich im Himmel!!!

Es grüßt euch herzl.

Euer dankbarer Sohn

(Unterschrift nicht lesbar)" (38).

Wiederum drei andere Patienten sprachen den Anstaltspfarrer an. Sie sagten zu ihm so eindringlich, wie sie noch nie zu ihm gesprochen hatten: "Herr Pfarrer, wir sind jetzt gestempelt worden, wir wissen gewiß, morgen kommen wir fort, wir werden vergast oder anders umgebracht. Wir wissen es, der liebe Gott will es nicht, aber er läßt es zu, weil er den Menschen den freien Willen gegeben hat. Wir opfern es dem Herrgott auf für die Priester und für die Sünder" (39). Der Pfarrer sprach den teils ängstlichen, teils völlig verzweifelten Kranken Trost zu, soweit dies überhaupt möglich war. Auch den Pflegern und Pflegerinnen versuchte er Halt zu geben. So, wie er es ihnen geraten hatte, verhielten sie sich am Abend vor der Verlegung: sie lasen den Kranken eine erheiternde Geschichte vor, beteten bisweilen mit ihnen oder ließen sie in den letzten Stunden, die sie in der Anstalt verbrachten, ungestört untereinander reden, bis sie eingeschlafen waren (40).

Am Tag der Verlegung wurden die Patienten um drei Uhr in der Früh geweckt, jedesmal herrschte in den Sälen eine große Aufregung (41). Die Betroffenen bekamen Kaffee, und auch für die Reise wurden sie reichlich mit Proviant und Tee versorgt. Erregte und "schwierige" Patienten wurden mit einem Betäubungsmittel beruhigt. Die Kranken durften mitnehmen, was sie am Leibe trugen, und dazu noch außerdem eine Handtasche. Hatte einer sehr wenig, dann gab man ihm seinen Besitz in die Hand. Nachdem alle angezogen und hergerichtet waren, begleiteten die Pfleger die oft weinenden Kranken zum Gleisanschluß im Maschinenhaus, wo zwei moderne Eilzugwaggons, die Platz für etwa 60 Menschen boten, bereitstanden. Dort empfing die Patienten der Anstalt das Personal der "Gemeinnützigen Krankentransport GmbH", das sich Schwester und Oberpfleger nennen ließ.

Die Männer erschienen nicht selten in weißen Kitteln, weißen Hosens und schwarzen Stiefeln, die an die SS erinnerten, und verhielten sich ebenso abweisend wie die Frauen, die in Zivil gekleidet waren und das Hakenkreuz an der Brust trugen; auf Gespräche, die Pfleger der Anstalt mit ihnen einleiteten, um herauszubekommen, wohin die Patienten verlegt werden, gingen sie nicht ein. Einmal sagte der Transportführer zu einem Pfleger, die Kranken würden in einer Reichsanstalt erneut gesiebt und dann zu verbilligten Pflegesätzen aufgenommen. Einige Pflegerinnen der Anstalt Eglfing-Haar weinten beim Abschied von ihren Patienten (42).

Nachdem die Patienten in die Wagen verbracht waren, wurden Belege ausgetauscht. Ein Oberpfleger der Anstalt unterschrieb, daß eine bestimmte Anzahl "Patienten mit eigenen Bekleidungen, Wäschestücken, Geldbeträgen und Effekten" übergeben worden war, die entsprechende Anzahl "Akten mit Personalbogen (Krankengeschichten), ein Verzeichnis über die Geldbeträge für den einzelnen Patienten" sowie "eine namentliche Liste" (43). Der Transportführer seinerseits bestätigte, "die in der Liste nachstehend aufgeführten Kranken zur Überführung in eine Reichsanstalt übernommen zu haben" (44). Für Pünktlichkeit bei der Abfahrt mußte gesorgt werden, weil die Wagen am Morgen um 7.00 Uhr dem planmäßigen Schnellzug nach Linz angehängt werden sollten. Es war die Aufgabe des diensthabenden Arztes aus der Anstalt Eglfing-Haar, die Überführung der Patienten aus den Krankenabteilungen zu den Eisenbahnwaggons zu beaufsichtigen und für den ordnungsgemäßen Ablauf zu sorgen. Danach hatte er einen Bericht in doppelter Ausfertigung zu schreiben und PFANNMÜLLER zu übergeben, denn der Direktor nahm selbst nie teil beim Herrichten der Kranken oder bei ihrem Abtransport (45).

Nur ein Arzt entschloß sich, den Direktor aufzusuchen, weil ihm die Verlegungen verdächtig vorkamen. Es war der Leiter der Insulin-Station ANTON VON BRAUNMÜHL. Er erklärte, daß er sich weigere, künftig an den Tagen, an denen ein solcher Transport abging, Bereitschaftsdienst zu machen. PFANNMÜLLER, der BRAUNMÜHL wegen seiner religiösen Überzeugung zwar nicht ausstehen konnte, ihn aber wegen der Bedeutung der somatischen Therapie als Aushängeschild seiner Anstalt benötigte, antwortete ihm, er werde ihn

mit diesen Dingen nicht mehr behelligen (46).

Pfleger und Ärzte wurden von Direktor PFANNMÜLLER wiederholt an ihre Schweigepflicht erinnert und ermahnt, nichts über die Krankenverlegungen auszusagen, da es sich um interne Anstaltsangelegenheiten handle, die der Geheimhaltung bedürften. In diesem Zusammenhang wurden sie auch auf ihren Diensteid verwiesen, den sie als Beamte geleistet hatten. Als der Anstaltsgeistliche dem Ordinariat über die Krankenverlegungen berichtete und dieser Brief in die Hände der Geheimen Staatspolizei fiel, wurde die Oberpflegerin, die er als Zeugin angeben mußte, für einige Stunden verhaftet. Als sie in die Anstalt zurückkam, sagte ihr PFANNMÜLLER lediglich: "Sie bleiben im Dienst, aber ich warne Sie!" (47)

Die meisten der Menschen, die verlegt und getötet wurden, waren schwerkrank und zuvor schon seit längerer Zeit in Anstaltspflege gewesen. So stammten bei dem Transport von 121 Frauen am 3. September 1940 31 aus dem sogenannten Festen Haus, das die "Wachabteilung für Unruhige und Kriminelle" enthielt, insgesamt 29 aus drei verschiedenen Wachstationen für pflegebedürftige Patienten, weitere 26 aus der "Wachstation für Unreine und Sieche" des Hauses 10, 15 aus der geschlossenen Nicht-Wachabteilung und 12 aus den beiden Wachstationen für unruhige Patienten. Fünf kamen aus Abteilungen für Halbruhige, vier Namen waren keiner Station zuzuordnen (48). Einen Monat später, am 3. Oktober 1940 wurden 93 der zu verlegenden 101 Frauen aus dem "Festen Haus" geholt (49). Entsprechende Zahlenverhältnisse fanden sich bei den Männern. Für den Transport am 3. Oktober 1940 waren außer den Frauen noch 85 Männer vorgesehen. 36 waren zuvor im "Festen Haus" untergebracht, neun auf "Wachstation für Unreine und Sieche", neun auf der für unruhige Patienten, die übrigen, bis auf einen, der im Offenen Landhaus lebte, auf verschiedenen geschlossenen Nicht-Wachabteilungen (50).

Ebenso weist die Aufstellung nach Diagnosen und Aufenthaltsdauer (siehe Tabellen 24 und 25) darauf hin, daß in der Anstalt Egl-fing-Haar durch die "Euthanasie" vor allem unheilbar kranke Menschen betroffen waren. Bei annähernd 80 % von ihnen (726 von 908) war die Diagnose einer Erkrankung aus dem schizophrenen

Formenkreis gestellt worden; 407 dieser Patienten waren schon länger als zehn Jahre und weitere 259 schon länger als fünf Jahre in der Anstalt untergebracht (51). Diese "Defektschizophrenen" genannten Kranken waren antriebsgestörte und in sich zurückgezogene Menschen, die keine wirtschaftlich verwertbare Arbeitsleistung mehr erbringen konnten, deren Versorgung aber einen großen Aufwand erforderte. In den zwanziger und dreißiger Jahren waren sie vielfach in die Pflegeanstalten der Umgebung abgeschoben worden, um die Kosten ihrer Unterbringung zu verringern (vgl. 2.2 und 3.1). Akut erkrankte Patienten, bei denen eine Besserung ihres Zustandes möglich schien, blieben in Eglfing-Haar von der "Euthanasie" verschont. Aus der Insulin-Station, wo während der vierziger Jahre die somatischen Therapieverfahren in großem Umfang zur Behandlung eingesetzt wurden, wurde kein einziger Patient verlegt (52). Bei drei der verlegten und getöteten Patienten konnten wir Angaben zu ihrer Krankheitsgeschichte ermitteln:

Sebastian K., Hilfsarbeiter von Beruf, lebte seit November 1925 in Pullach. Schon einmal war er in eine Trinkerheilanstalt eingeliefert worden, doch hatte der achtmonatige Aufenthalt nur eine kurzdauernde Besserung bewirkt. Im April 1928 - er war jetzt 46 Jahre alt - wandte er sich an die Gendarmeriestation um Hilfe, nachts stehe hinter jeder Türe und hinter jedem Mauervorsprung einer, der ihn verfolge. Der Amtsarzt faßte seinen Eindruck zusammen: "Der Untersuchte ist geistig schon weit abgebaut. Einsicht darin, daß es sich um Wahnideen handelt, konnte heute nicht festgestellt werden. (...) Der Untersuchte läßt Stuhl und Urin unter sich" (53). Wegen gemeingefährlicher Trunksucht ließ er ihn in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar zwangseinweisen. Der Patient stimmte dieser Maßnahme zu. Nach einem Jahr, währenddessen auch das Erbgesundheitsgericht bei dem Amtsgericht München in seiner Sache ermittelt hatte, trat eine Verschlechterung im Zustand des Patienten ein, so daß die Direktion sich veranlaßt fühlte, ihn von der freien Abteilung wieder zurückzuverlegen. "Er wurde sehr unruhig, gereizt, distanzlos, war ganz einsichtslos in sein langes und schweres Trinkerleben, so daß die Aussicht

auf eine Entlassung in absehbarer Zeit geschwunden ist" (54). Sein Befinden änderte sich in den nächsten Monaten nicht. Am 10. Mai 1940 wurde er verlegt und in einer der sogenannten Reichsanstalten getötet.

Therese E., geboren im Mai 1881, stand seit einem früheren Selbstmordversuch unter Pflegschaft. Da sie in letzter Zeit ein auffallendes Benehmen zeigte - ihr lautes Schreien störte die Nachbarschaft -, bat ihr Pfleger im September 1937 um eine amtsärztliche Untersuchung, die jedoch in der eigenen Wohnung stattfinden müsse, da Frau E. ohne Gewaltanwendung nicht in die Stadt kommen werde. Wegen ihrer Unruhe war eine körperliche Untersuchung beim Besuch des Amtsarztes nicht möglich. Er hielt in seinem Gutachten fest, daß sie unaufhörlich mit lauter, in die Höhe geschraubter, eintöniger Stimme sprach, Bibelstellen zitierte und heftig gestikulierte. Von der Tochter erfuhr er, daß Frau E. auch vor dem sechsjährigen Enkelkind Worte wie Hure oder Hurenkerl gebrauche. Sie selbst gab an, daß nicht ihre eigene Stimme spreche, sondern eine andere Person aus ihr rede. Sie habe ein zweites Leben, das sie sich aber nicht nehmen dürfe. Der Amtsarzt stellte Geisteskrankheit fest und befürchtete, daß sie auf Grund der Wahnideen zu Gewalttätigkeiten gegenüber ihrer eigenen Person oder anderen Personen in der Lage wäre (55). Doch noch Ende Oktober befand sie sich in ihrer Heimatgemeinde, und der Bürgermeister sah keinen Grund, die Einweisung zu vollziehen, da sie noch nichts angestellt habe und ihre Tochter die nötige Zeit zu ihrer Beaufsichtigung besitze (56). Als der Amtsarzt die Gefahr eines Selbstmords betonte und hervorhob, außerhalb einer geschlossenen Anstalt könne keine Verantwortung übernommen werden, wurde sie schließlich am 21. November 1937 nach Egling-Haar überführt. Als sie etwa vier Monate dort war, erhob die Direktion folgenden Befund: "Frau Therese E. ist in ihren Gedankengängen so hochgradig zerfahren, daß eine Verständigung mit ihr kaum möglich ist. Sie leidet außerdem an fortwährenden Sinnestäuschungen und Veränderungsgefühlen. Im Ganzen verhält sie sich ruhig, ist aber manchmal aus wahnhaften Gründen heraus auch kurzdauernd erregt. Das körperliche Befinden ist zufriedenstellend" (57).

Die nächsten zweieinhalb Jahre brachten keine Besserung ihres Zustandes, so daß sie am 3. September 1940 in die Anstalt Niedernhart bei Linz an der Donau verlegt und vermutlich wenig später in Hartheim getötet wurde.

Sebastian K. wurde 1865 in einem kleinen Dorf im Erdinger Moos geboren. Nachdem er im Februar 1914 zum ersten Mal wegen Schizophrenie mit Halluzinationen und Denkstörungen für ein halbes Jahr in der Eglfinger Anstalt gewesen war, folgte vier Jahre später ein zweiter Aufenthalt, der dieses Mal vier Monate dauerte. Nach seiner Entlassung arbeitete er als Tagelöhner, bis im August 1935 ein erneuter Einweisungsbeschluß unter derselben Diagnose den Siebzيجjährigen ein drittes Mal in die Anstalt brachte. Dort besserte sich sein Zustand nach zwei Jahren soweit, daß er mit dem Ziel, ihn später in Familienpflege zu seiner Ehefrau zu geben, der Pflegeanstalt Taufkirchen an der Vils überstellt werden konnte. Da er sich jedoch "reizbar, außerordentlich unruhig und verschroben" verhielt, und "die Umgebung in der hiesigen Anstalt ihn fürchtet", ließ sich dieses Vorhaben nicht durchführen, und man überlegte sich sogar, ihn nach Eglfing-Haar zurückzubringen. Im folgenden war er zwar weiterhin "reizbar und unruhig", konnte aber in Taufkirchen verbleiben, "da er bis jetzt nicht bössartig wurde" (58). Wegen der teilweisen Räumung der Anstalt Taufkirchen gelangte er im Oktober 1940 zum vierten Mal in die Anstalt Eglfing-Haar. Sechs Monate später, am 25. Februar 1941 wurde er zusammen mit 66 anderen Männern und 65 Frauen in eine "Reichsanstalt" verlegt.

Gelegentlich versuchten Pfleger, einzelne Patienten, die ihnen nahestanden, zurückzubehalten. Der Erfolg ihrer Bemühungen hing entscheidend von der Begründung ab, die sie wählten. Als ein Pfleger sich für Schwerkranke seiner Abteilung einsetzte, weil er sie gut leiden konnte, erwiderte ihm PFANNMÜLLER, er solle doch damit aufhören, es würde der letzte Mann und die letzte Frau verlegt, das sei eine Anordnung, gegen die er nichts machen könne (59). Dagegen nahm PFANNMÜLLER eine Patientin von der Verlegung aus, nachdem er auf den wirtschaftlichen Nutzen, den sie durch ihre Arbeit im Nähsaal erbringe, hingewiesen worden war. Gleiches tat er, als die Mutter eines Patienten ihm mitteilte, der Bruder sei im Krieg gefallen.

Die "Gemeinnützige Krankentransportgesellschaft" sah es nur ungern, wenn in den Transportlisten aufgeführte Patienten von den Verlegungen zurückgestellt wurden. Ihr Anliegen war es, die Kosten möglichst gering zu halten, was am besten durch vollständige Ausnutzung der Transportkapazität der Eisenbahnwaggons und Omnibusse erfolgen konnte. Da es aber immer wieder vorkam, daß in verschiedenen bayerischen Anstalten noch arbeitsfähige Patienten nur zögernd herausgegeben wurden, daß die betroffenen Menschen schon vor ihrer Verlegung gestorben oder aus der Anstalt entlassen waren, oder daß die menschliche Haltung eines Verantwortlichen einzelnen Kranken den Tod ersparen wollte, benannte sie deshalb, nachdem die Krankentransporte eine Zeitlang durchgeführt worden waren, im allgemeinen etwa 20 bis 30 Personen mehr, als maximal befördert werden konnten. Weil auf der Transportliste Nr. 10 für die Anstalt Eglfing-Haar die Namen von 100 männlichen Patienten standen, konnte der vom bayerischen Staatsministerium des Inneren geforderten Verlegung von 70 Kranken entsprochen werden, obwohl ein Patient bereits in der Anstalt gestorben war und elf weitere entlassen waren bzw. aus anderen Gründen sich nicht mehr in der Anstalt befanden. 18 Patienten konnten bei diesem Transport sogar ganz zurückgestellt werden (60). Ähnlich lagen die Verhältnisse bei den 100 Frauen auf Transportliste Nr. 11, die mit den Männern am selben Tag verlegt werden sollten: Eine von ihnen war inzwischen verstorben, 13 weitere waren nicht mehr in der Anstalt bzw. bereits entlassen; dennoch blieben 70 Frauen übrig, die wie angeordnet verlegt und getötet werden konnten (61).

Das bayerische Staatsministerium des Inneren unterstützte die "Gemeinnützige Krankentransportgesellschaft", indem es in einem vertraulichen Brief vom 23.3.41 die Direktoren der Heil- und Pflegeanstalten darauf aufmerksam machte, es könne nicht länger hingenommen werden, daß zur Verlegung bestimmte Kranke zurückgehalten würden; in Zukunft würden alle Patienten abtransportiert, bei denen es so festgesetzt worden sei (62). Andere Behörden oder öffentliche Einrichtungen begünstigten die Durchführung der "Euthanasie" dadurch, daß sie die Bedeutung der Krankenverlegungen nicht wahrnahmen. Der oberbayerische Landesfürsorgeverband beispielsweise,

der die Kosten für die Anstaltsversorgung vieler Kranken zu tragen hatte, wurde zwar regelmäßig über die durchgeführten Verlegungen verständigt, doch dort erkundigte man sich nicht, was diese Maßnahme bezweckte. Ähnlich verhielten sich die Justizbehörden, denen die Verlegung von auf Gerichtsbeschluß verwahrten Kranken mitgeteilt werden mußte. Einzig der Referent der Regierung von Oberbayern verlangte Aufklärung darüber, was die erhöhte Zahl von Verlegungen und Todesmeldungen zu bedeuten hätte. Seine mutige Anfrage hatte zur Folge, daß er wenig später versetzt wurde (63).

Das Verhalten der Angehörigen gegenüber der "Euthanasie" war unterschiedlich. Sie wurden immer erst dann über eine angeordnete Verlegung benachrichtigt, wenn sie bereits stattgefunden hatte. Dann erhielten sie ein vorgedrucktes Schreiben, in dem ihnen mitgeteilt wurde, ihr Verwandter sei in eine angeblich auch der Direktion unbekannte Anstalt verlegt worden. Es hieß, das sei geschehen gemäß einer Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Inneren oder im Auftrag des Reichverteidigungskommissars oder im Rahmen planwirtschaftlicher Maßnahmen. Während anfangs auch bei den Angehörigen Unklarheit herrschte, was das zu bedeuten hatte, wußten später viele genau, daß die abtransportierten Kranken getötet wurden. Einige von ihnen kamen sogar in die Anstalt und baten darum, daß ihr erkrankter Verwandter in eine Tötungsanstalt verlegt würde. Wie sie sagten, wünschten sie, daß der Betreffende von seinem Leiden erlöst würde. PFANNMÜLLER antwortete ihnen, er selbst hätte über die Verlegungen nichts zu bestimmen; das Gerücht, Patienten würden umgebracht, könne er nicht bestätigen. Er riet denjenigen, die dennoch auf ihrem Wunsch beharrten, sich an die zuständigen Stellen in Berlin zu wenden (64).

Andere billigten das Geschehen stillschweigend, wie jener Bauer, dem der Anstaltspfarrer die bevorstehende Verlegung seines geistig behinderten Sohnes mitgeteilt hatte. Da dieser keine vollwertige Arbeitskraft war, wollte der Vater ihn nicht auf seinem Hof sehen. Er meinte: "Ein ganzer Knecht gibt der nie" (65). Er sagte dies, obwohl er genau darüber unterrichtet war, daß sein Sohn sterben würde, falls er ihn nicht aus der Anstalt abhole.

Sehr viele Menschen hatten Angst um ihren kranken und in der Anstalt untergebrachten Familienangehörigen. Eine von ihnen war Frau M. aus München. Sie hatte gehört, daß Leute, die aus der Anstalt weggebracht wurden, wenig später starben, ihre Leichen verbrannt wurden und die Angehörigen nur die Asche zugeschickt erhielten. Da sie in Sorge um ihre 23-jährige Tochter Maria war, besuchte sie am 23. April 1941 Direktor PFANNMÜLLER. Sie erzählte, was sie wußte, und verlangte, ihr Kind trotz der Schwierigkeiten mit der Pflege sofort mit nach Hause zu nehmen. Als ihr das nicht erlaubt wurde, bestand sie darauf, wenn etwas passieren sollte, wenigstens die Leiche ihrer Tochter zu erhalten, um sie auf ordentlichem rituellem Wege im Friedhof erdbestatten zu können. Sie drohte, erhalte sie nur die Asche, bringe sie sich um. PFANNMÜLLER entsprach ihrer Bitte nicht, weil er bereits die für den nächsten Transport bestimmten Patienten kannte. Unter ihnen befand sich auch Maria M., die Tochter seiner Gesprächspartnerin. Der Direktor versuchte Zeit zu gewinnen, um ihre Verlegung, d.h. Tötung, wie angeordnet, durchführen zu können, und schlug der Mutter vor, ein schriftliches Gesuch einzureichen (66). Am 29. April wurde Maria M. nach Niedernhart und von dort in die Tötungsanstalt Hartheim verlegt (67).

Auch nachdem die Kranken aus der Anstalt Eglfing-Haar verlegt waren, war die Anstaltsdirektion, ebenso wie andere bei der Durchführung der "Euthanasie" beteiligte Dienststellen, bemüht, die Angehörigen durch möglichst vage Angaben hinzuhalten und ihnen die vermeintliche Aussichtslosigkeit weiterer Nachforschungen zu vermitteln. Am 5. Oktober 1940 war die Tochter von Sophie H. verständigst worden, daß zwei Tage zuvor ihre in der Anstalt Eglfing-Haar untergebrachte Mutter nach Niedernhart bei Linz gebracht worden war. Als sie nachfragte, warum das geschehen sei, antwortete ihr Direktor PFANNMÜLLER am 12. Oktober: "Ihre Mutter, Frau Sophie H., wurde gemäß einer Weisung des Reichsverteidigungskommissars im Rahmen planwirtschaftlicher Räumungsmaßnahmen der Anstalt am 3.10.40 in die Anstalt Niedernhart bei Linz verlegt. Die Verlegung von Kranken geht von Berlin aus. Die Anstalt hat keinerlei Einwirkung auf die Verlegung. Wir konnten Sie auch nicht von der Verlegung benachrichtigen, da wir selbst kaum 12 Stunden vor Vornahme des Krankentransportes Mitteilung von der Verlegung der Kranken bekamen. Es handelt sich um eine staatsnotwendige Maßnahme. Freifahrt werden Sie wahrschein-

lich kaum erreichen können. Sie werden in absehbarer Zeit von der Aufnahmeanstalt sowieso über das Befinden der Kranken verständigt werden" (68). Die angekündigte Nachricht aus Niedernhart kam nicht. Am 24. Oktober schrieb jedoch die sächsische Heil- und Pflgeanstalt Sonnenstein bei Pirna: "Es tut uns leid, Ihnen mitteilen zu müssen, daß Ihre Mutter, Frau Sophie H., die auf ministerielle Anordnung gemäß Weisung des Reichsverteidigungskommissars in unsere Anstalt verlegt wurde, am 23. Oktober 1940 unerwartet an den Folgen einer durch Grippe bedingten Kreislaufschwäche verstorben ist" (69).

Diese Angaben entsprachen nicht der Wahrheit. Da Frau H. in Wirklichkeit mit Kohlenmonoxid getötet worden war, war die Todesursache gefälscht. Sie stammte vermutlich aus einem "Verzeichnis amtlicher Todesursachen" oder aus einer "Kurzgutachtensammlung", die neben der Beschreibung von 61 geläufigen Krankheitsbildern noch Hinweise darauf enthielten, welche Erkrankungen bei welchen Anstaltspatienten erfahrungsgemäß häufig auftraten. Dementsprechend und passend zur Vorgeschichte des getöteten Patienten wurde eine Diagnose ausgewählt, die bei dem Betreffenden am ehesten zu einem plötzlichen Tod geführt haben könnte. Andere Todesursachen, die Angehörigen von Patienten aus Eglfing-Haar mitgeteilt wurden, waren Grippe, Lungenentzündung, Angina, septische Angina, Gesichtserose, Wundrose, Lippenfurunkel, Nasenabszeß mit nachfolgender Blutvergiftung, Mundbodenphlegmone, Ruhr, Herzschwäche und Status epilepticus (70). Höchstwahrscheinlich war auch die Behauptung falsch, Frau H. sei in der Anstalt Sonnenstein gestorben. Vermutlich waren nur die Krankenakten der getöteten Patientin aus der 'Reichsanstalt' Hartheim in die "Reichsanstalt" Sonnenstein gebracht worden, wie es häufig geschah, um die Angehörigen über den wahren Sterbeort ihres Verwandten im Unklaren zu lassen. Ferner stimmte der Todestag wahrscheinlich genausowenig wie Todesursache und Sterbeort, da die den Tötungsanstalten beigeordneten Standesämter sich bemühten, die "Sterbefälle" gleichmäßig auf die Wochentage zu verteilen.

Nachdem die Tochter von Sophie H. auf diese Weise Nachricht vom Tode ihrer Mutter erhalten hatte, bat sie um Zusendung der Urne.

Am 4. November wurde ihr deren Überführung angekündigt. Was sie erhielt, waren jedoch nicht die "sterblichen Überreste Ihrer entschlafenen Mutter" (71), wie in einem Brief aus der Tötungsanstalt Sonnenstein behauptet wurde; sie erhielt in Wirklichkeit vielmehr die beliebig herausgegriffene Asche irgendwelcher Menschen, die in Sonnenstein getötet und verbrannt wurden. Am 24. November erkundigte sich die Tochter von Frau H. zum einen nach den Gebrauchsgegenständen ihrer Mutter und erinnerte zum anderen auch daran, daß ihr der hinterlassene Bargeldbetrag von 94 RM anders als versprochen noch nicht ausbezahlt worden war. In einem Schreiben vom 4. Dezember bat die Anstalt Sonnenstein, dieses Versehen zu entschuldigen, das Geld werde umgehend überwiesen. In einem letzten Brief vom 16. Dezember teilte die Anstalt schließlich mit, aus seuchenpolizeilichen Gründen sei es notwendig gewesen, den ganzen persönlichen Besitz von Frau H. zu vernichten, sonstiger Nachlaß habe sich nicht gefunden, man werde aber nachforschen und Bescheid geben, ob sich noch etwas finde. Damit war der Briefwechsel beendet; die Anstalt Sonnenstein meldete sich nicht mehr (72). Vermutlich war der noch brauchbare und höchstwahrscheinlich nicht verbrannte Besitz von Frau H. schon längst anderen Zwecken zugeführt worden.

Wenn Angehörige auf die Nachricht vom Tode eines Verwandten in die Anstalt kamen, führte Direktor PFANNMÜLLER mit ihnen das Gespräch. Nur wenige brachten den Mut auf, dem nationalsozialistischen Direktor ihren Verdacht mitzuteilen und ihn zu einer Stellungnahme aufzufordern. Eine Frau jedoch, die gerade den Brief vom unerwarteten Tod ihres Bruders erhalten hatte, fragte ihn ohne Umschweife, ob ihr Bruder getötet worden sei. Ihrem Bericht zufolge soll PFANNMÜLLER die Hände über dem Kopf zusammengeschlagen und sich vor Lachen gebogen haben. Er fragte, wie sie denn zu solch einer Vermutung gekommen sei. Er erklärte ihr, die Anstalt müsse für verwundete Soldaten freigemacht werden, und die hiesigen Kranken würden in auswärtige Anstalten und Klöster verteilt. Da könne es schon vorkommen, daß der eine oder andere mal sterbe. Sie blieb beharrlich und sagte ihm, durch eine Bekannte habe sie erfahren, in der Schweiz würde überall davon gesprochen,

daß in Deutschland gemäß einer Verordnung alle Kranken und Arbeitsunfähigen getötet werden müßten. Nach ihren Worten verschlug es PFANNMÜLLER für einen Augenblick die Sprache, dann aber reckte er sich: "Wissen Sie auch, daß ich Sie auf Grund Ihrer Äußerung in das KZ Dachau bringen lassen kann und hüten Sie sich ja, ein Wort darüber zu sagen" (73).

Bei einigen Patienten waren es andere Gründe als ein vermeintlich unheilbares Leiden oder eine zu geringe Arbeitsleistung, die dazu führten, daß sie verlegt und getötet wurden. 21 Anstaltsinsassen fielen unter die "Euthanasie", weil sie nach einer Straftat wegen verminderter Zurechnungsfähigkeit bzw. Unzurechnungsfähigkeit auf Gerichtsbeschluß in Eglfing-Haar verwahrt wurden. Zehn von ihnen waren wegen harmloser Sittlichkeitsdelikte bestraft worden, fünf wegen Diebstahls oder Betrug, zwei wegen gefährlicher Körperverletzung, je einer wegen Landstreicherei, Brandstiftung und Mord und außerdem einer, weil er unberechtigtweise das Parteiabzeichen getragen hatte (74). PFANNMÜLLER hatte sie vermutlich deshalb der "Reichsarbeitsgemeinschaft" gemeldet, weil er seine Tätigkeit als Psychiater durch sie, die er als "Gauner und Verbrecher", aber nicht als psychisch Kranke betrachtete, gefährdet sah (vgl. 6.4).

16 Männer und 19 Frauen, die zuvor in der Anstalt Eglfing-Haar gelebt hatten, wurden deshalb verlegt und getötet, weil sie Juden waren. Ursprünglich war vorgesehen, Juden von der "Euthanasie" auszunehmen, weil ihnen die "Wohltat des Gnadentodes" nicht zustände, doch änderten die Verantwortlichen 1940 ihre Meinung. Am 4. September 1940 legte das bayerische Staatsministerium des Inneren fest, daß alle Juden, die in bayerischen Anstalten untergebracht waren, bis zum 14. September in die Anstalt Eglfing-Haar überführt werden sollten (75). Dort wurde für Männer Haus 25, das sogenannte Feste Haus geräumt, und ein weiteres für Frauen bereitgestellt. Es wurden insgesamt 82 Männer und 76 Frauen gebracht, darunter als Jüngster ein zehnjähriger Junge, dessen Eltern ins Ausland geflüchtet waren. Als die Kranken in Eglfing-Haar ankamen, drehte eine Filmgesellschaft Aufnahmen für einen "wissenschaftlichen Dokumentarfilm", der für Juden typische Geisteskrankheiten darstellen sollte.

Da der persönliche Besitz dieser Patienten nicht ausgepackt wurde, vermuteten die Pfleger zurecht, sie würden bald weiterverlegt werden. Am 20. September war es soweit. Die insgesamt 193 in Eglfing-Haar untergebrachten jüdischen Patienten wurden mit der Eisenbahn in eine nicht genau bekannte Anstalt im Osten überführt. Gerücheweise fiel der Name Lublin. Noch am selben Tag meldete PFANNMÜLLER dem bayerischen Staatsministerium des Inneren, "daß von nun an meine Anstalt nur noch arisch Geisteskranke verpflegt. Ich werde künftighin die Aufnahme von geisteskranken Volljuden ablehnen" (76).

Noch Monate danach schrieben - oft aus dem Ausland - unwissende Angehörige an die Anstalt Eglfing-Haar. Sie suchten ihre Verwandten, über deren Verbleib sie nichts mehr gehört hatten.

"Brisel, den 23. Januar 1941

Sehr verehrte Vorstandschaft  
der Verwaltung der Heil- und Pflegeanstalt  
Eglfing-Haar bei München

Ich kome mit meine Bite höflich zu bitten, da mein Sohn Wolfmeier Jakubowicz am 13.9.40 von Heil- und Pflegeanstalt Reichenbach in der Oberpfalz dahin zu Euch befedert geworden is. Soh mechte ich heftlichst bitten mir auf der anhenglichen P.karte mitzuteilen von dem Befinden meines Sohnes W. M. noch bite mir zu entschuldigen, weil ich nach soh lange Zeit erst heute kome sich zu erkundigen, ich war nemlich schwer krank unter der Zeit nun bite ich heftlich mir den Gefalen zu tuhn und mir meglichst bald Mitteilung zu geben wie es meinem Sohn W. M. seine begebenheit ist.

Voraus meinen besten Dank

Hochachtungsvoll

gez. J. Jakubowicz

Rue de l. Instruction 75

Anderlecht

Brisel, Belgien" (77).

Solche Briefe blieben oft lange unbeantwortet, ehe die Direktion sich bequeme, dennichts sagenden Satz mitzuteilen, der Betreffende sei mit einem Sammeltransport jüdischer Anstaltspfleglinge in eine unbekannte Anstalt überführt worden.

Einige Angehörige hatten aus der Anstalt Cholm Post Lublin die Nachricht erhalten, daß ihr Verwandter dort gestorben sei. Geht man vom angegebenen Todestag aus, hatten sie dort noch einige Wochen gelebt; höchstwahrscheinlich waren sie aber gleich nach ihrer Ankunft getötet worden. Trotzdem wurden Rechnungen gestellt, in denen eine Bezahlung der von der Ankunft bis zum vermeintlichen Todestag entstandenen Pflegekosten verlangt wurde.

Nachdem ein Jahr lang Patienten der Anstalt Eglfing-Haar verlegt und getötet worden waren, war die Zahl der Anstaltsinsassen um ein Drittel gesunken. Ähnlich lagen die Verhältnisse in der zweiten oberbayerischen Heil- und Pflegeanstalt Gabersee bei Wasserburg am Inn. Deshalb sollten die beiden Anstalten vereinigt werden. Schon im Dezember 1940 hatte das Staatsministerium des Inneren Gesundheitsämter und Ärzte angewiesen, keine Patienten nach Gabersee mehr einzuliefern. Im April 1941 kamen die restlichen Patienten aus Gabersee, die noch nicht in eine "Reichsanstalt" gebracht worden waren, nach Eglfing-Haar zusammen mit ihren Ärzten und Pflegern. Einige sind dort geblieben, andere wurden weiter in eine Tötungsanstalt verlegt.

Ähnlich verhielt es sich mit den Patienten der oberbayerischen Pflegeanstalten. Auch von ihnen wurden ab Herbst 1940 viele nach Eglfing-Haar gebracht. Bis zum 1. Nov. 1941 waren es nach Angaben der Jahresberichte 1434 Menschen (siehe Tabelle 26). Der Brief, den am 3.3.41 der Landesfürsorgeverband Oberbayern an die Anstalt der St. Josefskongregation in Ursberg sandte, führte aus, warum es notwendig sei, Kranke der Anstalt zu verlegen: "Im Zuge der Neuorganisation der Heil- und Pflegeanstalten sind in diesen eine Anzahl Betten frei geworden. Zur Erhaltung der Wirtschaftlichkeit der Heil- und Pflegeanstalten müssen die Betten einer Entschliessung des Staatsministeriums des Inneren zufolge wiederbelegt werden. Ich ersuche deshalb, die in Ihrer Anstalt auf Kosten des Landesfürsorgeverbandes Oberbayern versorgten Pfleglinge in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar so rasch wie möglich zu überstellen. Von einer vorherigen Verständigung der Angehörigen usw. der Kranken ersuche ich unter allen Umständen im Interesse eines geordneten Abtransportes der Pfleglinge abzusehen. Sie erfolgt durch den Landesfürsorgeverband" (78). Am 19. März kam ein Anstaltsarzt

aus Eglfing-Haar nach Ursberg, der an Ort und Stelle 78 Männer und 82 Frauen auswählte, die dann einige Zeit später nach Eglfing-Haar mit Omnibussen überführt wurden.

Die Pflegeanstalt Schönbrunn bei Dachau hatte Anfang März 1941 ein ähnliches Schreiben des Landesfürsorgeverbandes Oberbayern erhalten, in dem verlangt wurde, 177 Kranke nach Eglfing-Haar zu verlegen. Wiederum war es ein Anstaltsarzt aus Eglfing-Haar, der bestimmte, wen diese Maßnahme betraf. Als zu einem anderen Zeitpunkt wiederum Patienten verlegt werden sollten, kam auch PFANNMÜLLER zweimal in die Pflegeanstalt Schönbrunn. Der damalige dortige Anstaltsleiter erinnerte sich: "Das waren für uns furchtbare zwei Tage. Er gab sich nach außen hin höflich, ließ sich aber in der Auswahl der zu verlegenden Pfleglinge nicht das Geringste einreden. Er war unerbittlich in der Verfolgung seines Zieles, welches in der Ausmerzung, d.h. Tötung des sog. lebensunwerten Lebens bestand" (79).

Auch in der Pflegeanstalt Taufkirchen wurden Kranke durch einen Anstaltsarzt aus Eglfing-Haar ausgewählt. Da die dortigen Ordensschwestern wußten, daß ihre Patienten getötet werden sollten, versteckten sie sie beim Eintreffen des Arztes so gut, wie es möglich war. Als eine Gruppe von Kranken aus Taufkirchen in Eglfing-Haar eintraf, hatte sich PFANNMÜLLER nach Aussage eines Augenzeugen dahingehend geäußert, daß er am liebsten eine Hacke genommen und ihnen den Schädel eingeschlagen hätte (80).

Mindestens 776 Menschen wurden aus den Pflegeanstalten Oberbayerns nach Eglfing-Haar verlegt und von dort aus in eine Tötungsanstalt gebracht. Über die Hälfte von ihnen galt als geistig behindert, bei 447 der 776 Menschen war nämlich die Diagnose "Schwachsinn" oder "Idiotie" gestellt worden (siehe Tabelle 27). Da nicht jeder Transport in den Tagebüchern der Anstalt verzeichnet wurde, war die Zahl der Menschen, die über Eglfing-Haar in eine "Reichsanstalt" gebracht wurden, vermutlich aber noch höher.

Am 20. Juni 1941 wurde zum letzten Mal eine Gruppe von Patienten aus Eglfing-Haar in eine Tötungsanstalt verlegt. Zwei Monate später wurde die zentral organisierte "Euthanasie" eingestellt. Aber da geplant war, die Tötungen nach Kriegsende fortzusetzen, mußten

nach wie vor alle psychisch kranken Menschen, die neu in eine Heil- und Pflegeanstalt aufgenommen wurden, an die "Reichsarbeitsgemeinschaft" in Berlin gemeldet werden. Die veranlaßte ihre Begutachtung in gewohnter Weise. Bisweilen kamen auch Gutachter in die Anstalten, um die Kranken dort zu untersuchen. In Eglfing-Haar geschah dies mehrere Male. Einmal teilte der begutachtende Arzt dem Obergutachter das Ergebnis schriftlich mit: "Ich habe in Eglfing 570 Männer untersucht, davon waren nach meiner Beurteilung + - Fälle 296, - - Fälle 68, Z-Fälle 206" (81). Dies bedeutete, daß nach einer Wiederaufnahme der "Euthanasie" 296 Menschen ohne nochmalige Untersuchung getötet werden sollten, während 68 Menschen von der Tötung ausgenommen waren. Dazwischen standen 206 Menschen, bei denen der Gutachter zum derzeitigen Zeitpunkt die endgültige Entscheidung nicht treffen wollte.

Von 1943 bis Kriegsende wurde die Tötung psychisch kranker Menschen unabhängig von der "Reichsarbeitsgemeinschaft" als sogenannte "wilde Euthanasie" fortgesetzt. In Bayern lag dieser Maßnahme ein Erlaß zugrunde, den das Staatsministerium des Inneren am 30. November 1942 veröffentlicht hatte: "Im Hinblick auf die kriegsbedingten Ernährungsverhältnisse und auf den Gesundheitszustand der arbeitenden Anstaltsinsassen läßt es sich nicht mehr länger verantworten, daß sämtliche Insassen der Heil- und Pflegeanstalten unterschiedslos die gleiche Verpflegung erhalten ohne Rücksicht darauf, ob sie einerseits produktive Arbeit leisten oder in Therapie stehen oder ob sie andererseits lediglich zur Pflege in den Anstalten untergebracht sind, ohne eine nennenswerte nutzbringende Arbeit zu leisten. Es wird daher angeordnet, daß mit sofortiger Wirkung sowohl in quantitativer wie in qualitativer Hinsicht diejenigen Insassen der Heil- und Pflegeanstalten, die nutzbringende Arbeit leisten oder in therapeutischer Behandlung stehen, ferner die noch bildungsfähigen Kinder, die Kriegsbeschädigten und die an Alterspsychose Leidenden zu Lasten der übrigen Insassen besser verpflegt werden" (82).

Wenige Tage zuvor, am 17. November 1942, waren die Direktoren der bayerischen Heil- und Pflegeanstalten im Innenministerium zusammengekommen, um, wie es unverfänglich hieß, die Ernährungslage in

den Anstalten zu besprechen. Der Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren berichtete, daß seit August 1942 die Patienten seiner Anstalt, die die zentral organisierte "Euthanasie" betroffen hätte, eine fettarme Sonderkost erhielten, der sie innerhalb von etwa zwei Monaten zum Opfer fielen. Als einziger der anwesenden Direktoren begrüßte PFANNMÜLLER aus Eglfing-Haar den Vorschlag, in allen anderen bayerischen Anstalten entsprechend vorzugehen (83).

Am 11. Januar 1943 wurde in Eglfing-Haar die Sonderkost zum ersten Mal zubereitet. Sie war für die meist körperlich schwer kranken und schon vom Tode gezeichneten etwa 120 Patienten bestimmt, die in Haus 22 und 25 untergebracht waren. Wie PFANNMÜLLER in der Ärztekonzferenz erklärt hatte, sollte ihnen nichts anderes zu essen gegeben werden als Gemüse und Kartoffeln, am Sonntagabend eine dicke Suppe ohne Fett und alle 14 Tage am Sonntagmittag ein Fleischhaschee. Die Menge sollte pro Kopf und Mahlzeit auf einen halben Liter beschränkt bleiben (84). Brot war zuerst überhaupt nicht vorgesehen; erst als ein Arzt, es handelte sich wiederum um BRAUNMÜHL, in der Ärztebesprechung sich dagegen verwahrte, erlaubte PFANNMÜLLER, täglich 50 Gramm.

Während der zwei Jahre, in denen die Sonderkost zubereitet wurde, blieb der Speiseplan für die Kranken in den Häusern 22 und 25, den "Hungerhäusern", wie die Patienten sie nannten, nahezu gleich, nur das Gemüse wechselte mit der Jahreszeit. In der Zeit von Dienstag, dem 21. September 1943 bis Montag, dem 4. Oktober 1943 waren folgende Mahlzeiten vorgesehen:

| mittags                        | abends                 |
|--------------------------------|------------------------|
| Wirsinggemüse und Kartoffeln   | Petersiliengemüse      |
| Weißkrautgemüse und Kartoffeln | Kartoffelbrei          |
| Gemüseepichelsteiner           | Bohnen- und Kartoffeln |
| Weißkrautgemüse und Kartoffeln | Nudelsuppe             |
| Wirsinggemüse und Kartoffeln   | Kartoffelgemüse        |
| Karottengemüse mit Kartoffeln  | Kartoffelsalat         |
| Mangoldgemüse und Kartoffeln   | Kartoffelbrei          |
| Karottengemüse mit Kartoffeln  | Kartoffelgemüse        |

|                                   |                              |
|-----------------------------------|------------------------------|
| Wirsinggemüse und Kartoffeln      | Kartoffelsalat               |
| Weißkrautgemüse und Kartoffeln    | Kartoffelbrei                |
| Gemüsepichelsteiner               | Bohngengemüse und Kartoffeln |
| Kartoffelgemüse                   | Wirsinggemüse und Kartoffeln |
| Rindfleischhaschee mit Kartoffeln | Nudelsuppe                   |
| Karottengemüse mit Kartoffeln     | Linsensuppe mit Kartoffeln   |

(85).

Ein Ausspruch, der von PFANNMÜLLER öfters zu hören war, faßte kurz und eindeutig zusammen, was er mit der Sonderkost in bezug auf die Patienten bezwecken wollte: "Wir halten sie fett- und eiweißlos, dann gehen sie von selber" (86).

PFANNMÜLLER überwachte die Durchführung der Sonderkost genau. Drei- bis viermal in der Woche kam er in die Küche, um das gekochte Essen zu überprüfen; für die in den "Hungerhäusern" untergebrachten Patienten ließ er Gewichtslisten führen, die ihm einmal im Monat vorgelegt werden mußten; einen Pfleger, den er zufällig in der Eisenbahn getroffen hatte, fragte er eindringlich, ob die angeordneten Maßnahmen auch wirklich eingehalten würden. Sein Mißtrauen bestand zurecht. Aber da das Personal zusammenhielt, erfuhr er nie, wie wenig seinen Verfügungen entsprochen wurde.

Schon als PFANNMÜLLER zu Jahresbeginn 1943 die Köchin über die Sonderkost für die Patienten in Haus 22 und Haus 25 verständigt hatte, hatte sie beschlossen, sich zu widersetzen. "Ich wollte es nicht haben, daß es an mir liegt, wenn jemand in den Häusern stirbt" (87). Da sie es nicht wagen konnte, dem angesehenen Nationalsozialisten PFANNMÜLLER ihre Meinung offen ins Gesicht zu sagen, schob sie vor, es seien zu wenig Kessel da und der Dampf zu schwach, um ein zusätzliches Essen zu kochen. PFANNMÜLLER, der vom Maschinenmeister die Auskunft erhalten hatte, der Dampf reiche aus, auch wenn man noch Kessel anschließe, drohte daraufhin der Köchin, es sei Sabotage, wenn sie sich weiterhin weigere. Sie mußte nachgeben, aber die Anordnung befolgte sie dennoch nicht; heimlich tat sie Fett ins Gemüse. Im allgemeinen fügte sie es erst zu, nachdem PFANNMÜLLER die Sonderkost versucht hatte; war es schon drin, wenn der Direktor die Probe nahm - er sagte dann, man merke kaum einen Unterschied zwischen diesem und dem mit Fett gekochten Essen -, ge-

lang es ihr immer, ihm diesen Eindruck wieder auszureden. Nach und nach wurden sämtliche Küchenangestellte und etliche Pfleger zu ihren Mitwissern. Die Köchin erhöhte die Essensmenge und verdoppelte oder verdreifachte die Brotrationen, nur Fleisch konnte sie nicht mehr anbieten. Später griff der Verwaltungsinspekteur ein. Unter dem Vorwand, es herrsche Gemüseknappheit, steigerte er die Fleischzuteilung, so daß wenigstens einmal wöchentlich Fleischhaschee gekocht werden konnte. Wenn sich PFANNMÜLLER dann darüber aufregte, daß die Patienten nicht in dem Maße an Gewicht verloren hatten, wie er es erwartet hatte, versuchten die Pfleger und Pflegerinnen, die die Haltung der Köchin kannten und billigten, ihn zu beruhigen, indem sie erklärten, die Kranken hätten vermutlich Wasser eingelagert, oder indem sie die Gewichtslisten fälschten (88).

Aber trotz der Zutaten der Köchin und obwohl die Pfleger auf anderen Abteilungen um Essensreste bettelten, litten die Patienten in den Häusern 22 und 25 Hunger. Einige erklärten sich die Sonderkost zurecht mit ihrer geringen Arbeitsleistung: "Hier kriegt man nichts, weil man nicht schafft" (89). Andere machten den Krieg für ihre Not verantwortlich. Ihre Gedanken kreisten ausschließlich um das Essen, nachts lagen sie in den Betten, waren aber zu hungrig, um einschlafen zu können. Sie wünschten sich, soviel essen zu können, wie sie wollten, und erinnerten sich an frühere Mahlzeiten, die sie gesättigt hatten. Eine Frau, eine gelernte Köchin, rief sich Rezepte vor Augen, die sie früher gekocht hatte, eine andere richtete sich im Geiste einen Lebensmittelladen mit in- und ausländischen Delikatessen ein; ein weiterer schließlich bemühte sich, sich das Essen ganz abzugewöhnen (90). Das Elend in den "Hungerhäusern" war so groß, daß der zuständige Abteilungsarzt es nur mit großer Überwindung fertig brachte, seine Patienten bei der Visite aufzusuchen. Eine Pflegerin meinte, ihr Herz habe sich zusammengekrampft, wenn sie ihre Runde in Haus 22 machte (91). Der Anstaltsgeistliche erinnerte sich, daß ihm die Patienten bei seinen Besuchen verzweifelt zugerufen hatten: "Herr Pfarrer, nur a Stücker'l Brot!" (92).

PFANNMÜLLER, der die Hungerhäuser nur äußerst selten betrat, ordnete gelegentlich an, den Kranken starke Schlafmittel zu spritzen, um das Eintreten des Todes zu beschleunigen. Ärzte und Pfleger widersetzten sich, indem sie beispielsweise eine geringere als die tödliche Dosis verabreichten. Dennoch starben von Januar 1943 bis Juni 1945 in den Häusern 22 und 25 429 Menschen: 1943 waren es 109 Männer und 19 Frauen, 1944 118 Männer und 60 Frauen sowie 1945 in den ersten fünf Monaten des Jahres 81 Männer und 42 Frauen (93). Bei 65,7 % der Männer und bei 54,1 % der Frauen war die Todesursache auf Tuberkulose zurückzuführen, auf eine Erkrankung also, bei der sich, wie aus dem Ersten Weltkrieg bekannt war (vgl. 2.2), die Zahl der Erkrankungen und die Sterblichkeitsrate in Folge von Hunger erhöht. Daß die Zahl der mit Absicht getöteten Patienten in Eglfing-Haar nicht noch höher war, lag in der Haltung der Ärzte und Pfleger, die sich gegen die Durchführung der "Euthanasie" zur Wehr setzten, als sie selbst dazu bestimmt waren, die Tat auszuführen.

Noch zwei Krankentransporte sind zu erwähnen, die von der Anstalt Eglfing-Haar abgingen: Am 3. August 1944 wurden 19 Menschen, die eine Straftat im allgemeinen geringen Ausmasses begangen hatten und wegen psychischer Erkrankung in Eglfing-Haar sicherungsverwahrt wurden, durch Polizeibeamte des Polizeipräsidiums München in das Konzentrationslager Dachau verlegt (94). 15 Männer und 41 Frauen, die als Kriegsgefangene aus dem Osten nach Oberbayern gebracht worden waren, wurden auf Veranlassung des Arbeitsamtes München am 18. September 1944 abgeholt, weil sie wegen ihrer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig geworden waren. Es hieß, sie kämen in eine heimatliche Anstalt, aber vermutlich wurden auch sie getötet (95).

### 6.3 Die Tötung von Kindern

Schon bald nachdem im Sommer 1939 die Tötung von Kindern freigegeben worden war (vgl. 6.1), machte PFANNMÜLLER in Eglfing-Haar von dieser Möglichkeit Gebrauch. Ein Lehrer, der vermutlich im Oktober 1939 an einer Führung durch das Kinderhaus im Abschnitt Haar teilgenommen hatte, berichtete darüber, wie mit den dort untergebrachten Kindern umgegangen wurde: "Folgende zusammenfassende Ansprache durch Pfannmüller ist mir dem Sinne gemäß erinnerlich: Diese Geschöpfe (gemeint waren besagte Kinder) stellen für mich als Nationalsozialisten nur eine Belastung unseres gesunden Volkskörpers dar. Wir töten (er kann auch einen umschreibenden Ausdruck hier für dieses Wort töten gebraucht haben) nicht durch Gift, Injektionen usw. da würde die Auslandspresse und gewisse Herren in der Schweiz nur neues Hetzmaterial haben. Nein, unsere Methode ist viel einfacher und natürlicher, wie Sie sehen. Bei diesen Worten zog er unter Beihilfe einer mit der Arbeit in dieser Station betrauten Pflegerin ein Kind aus dem Bettchen. Während er dann das Kind wie einen toten Hasen herumzeigte, konstatierte er mit Kennermiene und zynischem Grinsen: Bei diesem z.B. wird's noch 2 - 3 Tage dauern. Der Anblick des fetten, grinsenden Mannes, in der fleischigen Hand das wimmernde Gerippe, umgeben von anderen verhungerten Kindern ist mir noch immer deutlich vor Augen. Weiterhin erklärte der Mörder dann, daß nicht plötzlicher Nahrungsentzug angewandt werde, sondern allmähliche Verringerung der Rationen. Eine Dame - die ebenfalls an der Führung teilnahm - fragte in mühsam unterdrückter Empörung, ob denn nicht wenigstens eine raschere Tötung mit Injektionen usw. barmherziger wäre. Pfannmüller rühmte daraufhin seine Methode nochmals als praktischer in Hinblick auf die Auslandspresse" (96). Wieviele Kinder auf diese Weise getötet worden sind, ist nicht bekannt.

Als im Sommer 1940 der "Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden" ein Krankenhaus suchte, in dem die zum Tode bestimmten Kinder aus ganz Bayern gesammelt werden konnten, fiel die Wahl auf die Anstalt Eglfing-

Haar. Vergeblich versuchte der stellvertretende Anstaltsdirektor in den folgenden Monaten, PFANNMÜLLER dazu zu bewegen, daß er seine Zustimmung zurückzog. Die sogenannte Kinderfachabteilung des "Reichsausschusses" wurde dem schon bestehenden Kinderhaus im Abschnitt Haar angegliedert und unter dem Namen "Abteilung von anstaltspflegebedürftigen Säuglingen und Kleinkindern" im Oktober 1940 eröffnet. Offiziell hieß es, dort sollten körperlich und geistig behinderte Kinder mit den modernsten Mitteln behandelt werden (97).

Die Wirklichkeit sah anders aus. Von November 1940 bis Mai 1945 starben auf dieser Abteilung des Kinderhauses 332 Kinder, entweder weil sie gezielt mit Luminal, einer allgemein als Schlafmittel verwandten Barbitursäure, vergiftet wurden oder weil an und für sich harmlose körperliche Erkrankungen, die bei ihnen nicht behandelt werden durften, zum Tode führten oder weil man ihnen zu wenig Essen gab, so daß sie verhungerten. Das erste Kind, das mit Luminal vergiftet wurde, starb am 18. November 1940. Die beiden letzten, zwei Flüchtlingskinder, deren Eltern nach Bayern geflohen waren, um sich vor den Russen in Sicherheit zu bringen, starben am 27. und 30. April 1945. Ein weiteres Kind starb am 1. Mai 1945, erst nach dem Einmarsch amerikanischer Truppen in Oberbayern, weil die Wirkung des Giftes nicht mehr aufgehoben werden konnte (98). In den einzelnen Jahren gab es in der Kinderfachabteilung im November und Dezember 1940 fünf Todesfälle, 1941 34 Todesfälle, 1942 62 Todesfälle, 1943 und 1944 je 100 Todesfälle und von Januar bis Mai 1945 31 Todesfälle (99). 1941 und 1942 wurde die Zahl der Todesfälle sogar in den Jahresberichten der Anstalt veröffentlicht (100). Die Direktion nannte aber keinen Grund, der einem außenstehenden Leser erklärt hätte, warum die Sterbeziffer so ungewöhnlich hoch war. 24 der Kinder, die auf der "Fachabteilung" getötet worden waren, waren jünger als ein Jahr, weit mehr als die Hälfte von ihnen war zwischen sechs und 15 Jahren alt; weiter befanden sich unter den Getöteten eine 16-jährige junge Frau, die auch schon der "Reichsarbeitsgemeinschaft" zur Verlegung gemeldet worden war, und zwei geistig behinderte Erwachsene, die 35 und 45 Jahre alt waren (101).

Die Kinder, die getötet werden sollten, erhielten morgens und abends je 0,5 Gramm Luminal und, falls sie älter als zehn Jahre waren, eine dritte Dosis am Mittag. Die tödliche Menge des Schlafmittels betrug für Erwachsene 0,4 Gramm täglich, für Schulkinder 0,1 Gramm und für Kleinkinder 0,05 Gramm (102). Das Mittel wurde ihnen unter das Essen gemengt, damit sein bitterer Geschmack überdeckt wurde. Meistens reichte eine zwei- oder dreimalige Gabe aus, bei den älteren waren jedoch bis zu fünf Dosen nötig. Wenn ein Kind wegen seiner Schläfrigkeit nicht mehr schlucken konnte, wurde ihm das Mittel mit einem Klistier eingeführt. Infolge der andauernden Bewußtlosigkeit und der oberflächlichen Atmung trat nach etwa zwei bis fünf Tagen eine Lungenentzündung ein, deren Verlauf und deren Symptome wie starke Bronchitis, Sekretion von Eiter aus der Nase, Geräusche der Lunge oder erhöhte Temperatur in der Krankengeschichte aufgezeichnet wurden. Da die Kinder unverändert tief schliefen, hatten sie vermutlich keine oder nur geringe Beschwerden (103). Nach ihrem Tode wurden die Kinder in der der Anstalt angeschlossenen Prosektur obduziert. Die Leichenschau ergab, daß bei über 90 % von ihnen eine Lobärpneumonie und Tracheobronchitis zum Tode geführt hatte. In keinem der Sektionsprotokolle warf der Pathologe die Frage auf, was die permanenten Pneumonien und Bronchitiden verursachte, die über vier Jahre hinweg regelmäßig den Tod von Kindern hervorriefen (104).

Die Kinder, die in die "Fachabteilung" kamen, waren entweder zuvor im Kinderhaus der Anstalt untergebracht gewesen oder auf Wunsch ahnungsloser Eltern, die lediglich Hilfe und Pflege für ihr Kind suchten, aufgenommen worden. Die meisten von ihnen wurden jedoch auf Anordnung des "Reichsausschusses" eingewiesen. Sie wurden unterschieden in sogenannte Beobachtungs- und Ermächtigungsfälle, kurz "B- und E-Fälle" genannt. Bei den einen lag die Ermächtigung, die erlaubte, sie zu töten, vor, weil die Anstalt oder das Gesundheitsamt sie bereits gemeldet hatten, bei den anderen sollte erst durch eine längere Beobachtung ihres Verhaltens, die meist über Monate ging, seltener nur Wochen oder sogar nur einige Tage dauerte, ermittelt werden, ob sie ebenfalls getötet werden sollten (105).

Der Abteilungsarzt des Kinderhauses GUSTAV EIDAM (1908 - 1945) zeichnete den Verlauf in der Krankengeschichte auf und führte die anstehenden Untersuchungen aus. Von November 1940 bis Dezember 1941 wurde er dabei von einem jungen Arzt aus der Universitätskinderklinik München (106) unterstützt, der als Konsiliarius etwa einmal in der Woche die Anstalt besuchte. Seine Aufgabe war es, aus fachärztlicher Sicht "Befundberichte" zu erstellen, die nach Möglichkeit auch eine genaue Diagnose enthalten sollten. Gelegentlich besprach er sich mit PFANNMÜLLER, was in der Krankenakte besonders vermerkt wurde (107). Nachdem der Konsiliararzt durch seine Einberufung zum Militär nicht mehr in der Anstalt tätig werden konnte, kam ein Gutachter des "Reichsausschusses", nämlich der Kinderarzt ERNST WENTZLER, zwischen Jahresbeginn 1942 und Mitte 1944 mehrmals aus Berlin nach Eglfing-Haar, um PFANNMÜLLER, der selbst keine ausgebildeten Kenntnisse in Kinderheilkunde besaß, bei Befunderstellung und Diagnoseerhebung zu beraten.

Als Leiter der Anstalt verfaßte PFANNMÜLLER dann den Bericht, der dem "Reichsausschuß" zur Begutachtung eingeschickt wurde. Dabei verwandte der Direktor die umschreibende Wendung "Behandlungsfall" oder "wahrscheinlicher Behandlungsfall", wenn er eine Tötung des Kindes für angebracht hielt. Die Antwort aus Berlin, die vom Direktor persönlich entgegengenommen wurde, lautete: "Einer Ermächtigung steht nichts im Wege" (108). Von ihr wurde nicht immer sofort Gebrauch gemacht, oft wurden die Kinder noch einige Zeit beobachtet. Bei den Kindern Gertraut C., Eduard H. und Gertrud T. betrug der Zeitraum, der zwischen ihrer Meldung an den "Reichsausschuß" und ihrer Tötung verging, vier Monate: Nachdem sie am 17. Januar 1941 dem "Reichsausschuß" zur Begutachtung vorgeschlagen worden waren, starben sie nacheinander am 3., 12. und 23. Mai (109).

Aber nicht bei allen Kindern wurde abgewartet, bis die Erlaubnis zur Tötung vorlag. Nur bei 159 der 332 auf der "Fachabteilung" getöteten Kinder lag die Ermächtigung vor (110), die anderen wurden getötet, weil es PFANNMÜLLER so entschieden hatte. Mindestens einmal, wie bei dreieinhalbjährigen Elfriede M., traf der Bescheid des "Reichsausschusses" nachträglich, zwei Monate nach ihrem Tod, in Eglfing-Haar ein. Auf einer Visite am Monatsende bezeichnete PFANN-

MÜLLER die Kinder, die getötet werden sollten, meist wurden von ihm acht bis zehn ausgewählt, Jungen und Mädchen in gleicher Anzahl. PFANNMÜLLER war es auch, der den Zeitpunkt bestimmte, wann die Vergiftung mit Luminal eingeleitet werden sollte. Die Oberpflegerin der Abteilung, bisweilen auch der Münchener Konsiliararzt, gab die Anweisung an die beiden Stationspflegerinnen weiter, die sie dann auszuführen hatten (111). In Einzelfällen wurde den Kindern auch eine tödliche Dosis Morphinum-Skopolamin gespritzt - entweder von PFANNMÜLLER selbst oder von einem der anderen Ärzte.

Der vier Monate alte Siegfried W. wurde deshalb getötet, weil er keine Arme hatte. Er wurde am 29. November 1940 in die "Kinderfachabteilung" eingeliefert, nachdem das Gesundheitsamt Kirchdorf an der Krems ihn an den "Reichsausschuß" gemeldet hatte. Röntgenaufnahmen der Schultergelenke ergaben, daß nicht die geringste Arm-anlage bestand. Neben der körperlichen Behinderung schien eine geistige nicht zu bestehen. Der Münchener Konsiliararzt befürwortete den Tod des Kindes, weil er es sich als ein fürchterliches Schicksal vorstellte, ohne Arme aufwachsen zu müssen. Er war der Auffassung, ein Mensch ohne Arme könne in seinem Leben niemals Freude empfinden, und hielt es deshalb für das beste, das Kind einzuschläfern. Wie er dachte, wollte er ihm "das fürchterliche Schicksal eines mit Sicherheit absolut freudlosen Lebens" (112) ersparen. Er betrachtete deshalb die Tötung des Kindes als "die einzig mögliche und richtige Art", ihm zu helfen (113).

Wie bei allen Kindern, bei denen die Diagnose "mongoloide Idiotie" gestellt worden war, bestanden auch bei der einjährigen Helga B. zwischen Direktor PFANNMÜLLER und dem Konsiliararzt Meinungsverschiedenheiten darüber, ob eine Tötung angebracht sei oder nicht. Der Konsiliararzt lehnte sie ab, weil er der Auffassung war, mongoloide Kinder verfügten über ein natürliches Lebensgefühl und müßten deshalb nicht von einem vermutlich qualvollen Dasein erlöst werden, das er bei den anderen als gegeben ansah. Er vertrat diese Ansicht auch gegenüber PFANNMÜLLER, doch ordnete er sich dem Standpunkt des Direktors unter. Seiner Meinung nach verfügte der Direktor über mehr Erfahrung, so daß er ihm die Entscheidung überließ, wie mit mongoloiden Kindern zu verfahren sei. So zögerte er nicht, auch in

diesen Fällen die Krankenakten zu führen und die Befundberichte zu erstatten, obwohl er genau wußte, daß sie PFANNMÜLLER als Grundlage für seine Berichterstattung an den "Reichsausschuß" dienten. Er dachte sich, er müsse als junger Arzt gegenüber dem Anstaltsleiter seine Pflicht erfüllen (114).

Helga B. war wegen mongoloider Idiotie am 6. Juni 1941 in die Anstalt eingeliefert worden. Ihr Vater hatte sich an den "Reichsausschuß" gewandt und um vorübergehende Anstaltsunterbringung seiner Tochter gebeten, da die Mutter erholungsbedürftig sei. Verheißungsvoll lautete der Brief, den die Anstalt Eglfing-Haar am 9. September 1941 an ihn schickte: "Im Rahmen der uns jetzt zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten versucht man die Kinder vor allem in körperlicher Hinsicht kräftiger und widerstandsfähiger zu machen. Eine gewisse Besserung Ihres Kindes konnten wir auch beobachten. Die Kleine sitzt jetzt, lacht und spielt für sich. Sprechen ist noch nicht möglich. Aus diesem Grund möchten wir Ihnen vorschlagen, das Kind auch weiterhin in unserer Fachabteilung zu lassen, damit die begonnenen Maßnahmen in der Behandlung fortgeführt werden können" (115). Ganz anders war wenige Tage zuvor am 1. September der Befund in der Krankengeschichte gewertet worden: "Keine Fortschritte zu verzeichnen. Spielt ohne System; sitzt aber und lacht viel. Im ganzen freundlich" (116). Helga B. starb am 10. Dezember 1941, nachdem sie mit Luminal vergiftet worden war.

Die dreieinhalbjährige Maria A., bei der eine geistige Behinderung vorlag, wurde am 5. Juni 1941 aus der Anstalt Wiesloch nach Eglfing-Haar verlegt, ohne daß die Eltern um ihr Einverständnis gefragt worden waren. Die besorgte Mutter, die sich drei Jahre lang aufopfernd um ihre Tochter gekümmert hatte, schrieb am 13.6. an die Direktion in Eglfing-Haar: "Ich möchte die Direktion bitten, mir über den Gesundheitszustand meines Kindes Nachricht zukommen zu lassen, da das Kind von hier fort kam ohne uns irgendetwas zu sagen, ich als Mutter habe das Kind nicht mehr sehen dürfen seit Januar, am Christi Himmelfahrtstag war ich oben in der Anstalt, da wurde mir der Besuch verweigert, warum weiß ich nicht, ist das vielleicht recht, einer Mutter das zu verweigern? Ich habe

das Kind drei Jahre lang Tag und Nacht gepflegt, trotzdem ich jeden Tag arbeiten gehe für meine anderen vier Kinder. Bitte schreiben Sie mir oder lassen von einer Schwester mir schreiben wie es dem Kind geht und warum das Kind so Hals über Kopf wegkam, ohne daß wir Eltern es noch einmal sehen durften" (117). Einen Monat später, am 10.7., verzeichnete die Krankengeschichte den Befund: "Keinerlei Anzeichen einer psychischen Besserung. Kind schreit sehr viel und läßt unter sich und kann noch nicht fixieren. Krämpfe" (118). Zu diesem Zeitpunkt war Maria A. bis zum Skelett abgemagert und sie schien jede Berührung als Schmerz zu empfinden. Wiederum einen Monat später, am 11.8. war sie tot, nachdem sie eine Überdosis Luminal erhalten hatte.

Als die Eltern von Hans-Dieter R. sich am 11. September 1941 erkundigten, ob sie ihren zweieinhalbjährigen Sohn besuchen dürften, der sich seit etwa zwei Wochen in der Anstalt befand, wurden sie hingehalten. Am 16.9. schrieb ihnen die Direktion einen Brief, der sachlich über Befund, Diagnose und Besserungsaussichten berichtete: "Bei Ihrem Jungen Hans-Dieter handelt es sich bei etwa körperlich altersgemäßer Entwicklung um einen Schwachsinn, der mit einigen typischen körperlichen Merkmalen wie überstreckbare Gelenke und großer Zunge einhergeht. Geistig werden wir das Kind wohl kaum wesentlich bessern können. Dagegen hoffen wir, daß sich das Kind durch unsere Behandlung in körperlicher Hinsicht vervollkommen wird. Es steht auch schon im Bett und geht am Gitter sich anhaltend herum. Ein Besuch Ihres Kindes kann jederzeit vorgenommen werden; wir bitten lediglich um Angabe des Zeitpunktes Ihres Eintreffens" (119). Diese Nachricht, die Hoffnung erwecken mußte und auf eine sorgfältige Behandlung schließen ließ, entsprach nicht der Wirklichkeit. Ende Oktober wurde Hans-Dieter R. mit Luminal vergiftet; er starb am 24. Oktober. Vier Tage später, am 28.10. wurden die Eltern scheinheilig dazu aufgefordert, ihren Sohn zu besuchen, da er schwer erkrankt sei. Wörtlich schrieb die Direktion: "Leider muß ich Ihnen heute mitteilen, daß Ihr Sohn Hans D., der sich in letzten Tagen eine Erkältung zugezogen hatte, heute die Erscheinung einer doppelseitigen Lungenentzündung aufweist. Bei dem vor allen Dingen in körperlicher Hinsicht schlechten Zustand muß an einen un-

günstigen Ausgang der Erkrankung gedacht werden. Falls es Ihnen möglich sein sollte, möchten wir Sie bitten, doch noch einmal hierher zu kommen" (120).

Immer wieder, wenn ein Kind mit Luminal vergiftet worden, im Sterben lag oder schon tot war, wurde den Eltern gegenüber das Geschehen mit einer Lungenentzündung, die infolge einer Erkältung aufgetreten sei, erklärt. Die Briefe, die sie darüber verständigten und die ihnen oft einen letzten Besuch bei ihrem schwer erkrankten, aber angeblich noch lebenden Kind nahelegten, wurden regelmäßig so abgeschickt, daß das Kind bereits tot sein mußte, wenn die Eltern die Anstalt erreichten. Die Oberpflegerin der "Fachabteilung" hatte der Sekretärin genau erklärt, wieviele Stunden oder wieviele Tage sie noch warten müsse, ehe sie den Eltern die Mitteilung zukommen lassen könne. Um besondere Dringlichkeit vorzutäuschen, wurden bisweilen auch Telegramme aufgegeben, deren Kosten anschließend den getäuschten Eltern in Rechnung gestellt wurden (121).

Es gab Eltern, die den Vorgängen in der "Kinderfachabteilung" arglos gegenüberstanden. Sie hatten ihr Kind nach Eglfing-Haar gebracht, da sie sich von einer Heil- und Pflegeanstalt Heilung und gute Pflege versprochen. Der plötzliche Tod war ihnen unfassbar und konnte das in die Anstalt gesetzte Vertrauen nicht zerstören. Andere, die wußten, was geschah, baten, ihr Kind zu töten, wobei als Gründe gleichermaßen rassenpolitische Überlegungen, Mitleid oder der Wunsch nach eigener Entlastung genannt wurden. Die meisten Eltern waren jedoch sehr mißtrauisch, ersuchten um Aufschluß über die Gerüchte, die sie gehört hatten, oder verlangten die Entlassung ihres Kindes. Bei den Beerdigungen, die in regelmäßigem Abstand auf dem Anstaltsfriedhof stattfanden, trafen sich die Betroffenen und tauschten ihre Vermutungen aus. Sie waren dabei voller Angst und getrauten sich nicht, den Direktor persönlich aufzusuchen und seine Stellungnahme zu fordern (122). Andererseits hatte PFANNMÜLLER selbst Angst vor möglichen Besuchern und versuchte dem Gespräch mit Angehörigen aus dem Weg zu gehen, selbst wenn sie nur einen Bericht über die letzten Lebenstage ihres Kindes wünschten und weit davon entfernt waren, ihm Vorhaltungen zu machen (123).

Gerade wegen des Mißtrauens vieler Eltern und ihrer Zurückhaltung, ihr Kind wegzugeben, war der "Reichsausschuß" bemüht, dafür zu sorgen, daß die Einweisung in die Anstalt freiwillig erfolgte. Der Brief, den am 20. September 1941 der Reichsminister des Inneren an die Gesundheitsämter schrieb, zählte einige der Bedenken auf, die von den Eltern wiederholt geäußert worden waren und nannte Wege, wie sie von den Behörden zerstreut werden sollten: "Die Sorgeberechtigten sind oft nicht gern bereit, das Kind in eine Anstalt zu geben. Sie stützen sich dabei oft auf die Angaben des Hausarztes, daß auch eine Anstaltsbehandlung an dem Zustand nichts ändern könne, oder sie glauben, eine fortschreitende Besserung im Zustand des Kindes zu bemerken, was in Wirklichkeit aber keine Besserung des Zustands des Kindes als vielmehr eine Anpassung der Beobachter an diesen Zustand darstellt. Erfahrungsgemäß ist dies bei Kindern mit mongoloider Idiotie besonders häufig der Fall, zumal die Angehörigen die Anhänglichkeit, Freundlichkeit und Musikfreude derartiger Kinder oft falsch werten, sich unerfüllbare Hoffnungen vortäuschen und daher von Anstaltspflege nichts wissen wollen. Die Kinder werden nicht in Irrenanstalten, sondern in offenen Kinder- und Jugendfachabteilungen, die zZt. nur verwaltungsmäßig einzelnen Heil- und Pflegeanstalten angegliedert sind, untergebracht. Ich bringe das den Gesundheitsämtern in Kenntnis, damit sie die Sorgeberechtigten entsprechend belehren können (...). Den Eltern muß gesagt werden, daß durch eine rechtzeitige Anstaltsunterbringung ihnen und dem Kind am Besten gedient sei, daß eine Anstaltsunterbringung später doch notwendig werde, daß bei Verweigerung der Anstaltsunterbringung gegebenenfalls für sie oder für das Kind später wirtschaftliche Belastungen eintreten können, so daß unter Umständen geprüft werden müsse, ob nicht in der Zurückweisung des Angebots eine Überschreitung des Sorgerechts zu erblicken ist" (124).

Waren die Eltern durch Druck nicht zu bewegen, ihr Kind in eine "Fachabteilung" einzuliefern, wurden sie damit gelockt, daß durch die Anstaltsunterbringung für sie keine Unkosten entstünden. Denn zum einen waren die öffentlichen Fürsorgeverbände angewiesen, die Aufwendungen zu ersetzen, zum anderen konnten sich die Eltern, die keinen Anspruch auf Fürsorgeunterstützung hatten, unmittelbar an

den "Reichsausschuß" wenden. Er übernahm dann sogar die Verlegungskosten und, wie es hieß, in einzelnen Fällen auch die Kosten für Besuche durch die Angehörigen (125). Reichte auch dieses Angebot nicht aus, um die Eltern umzustimmen, kam es vor, daß der "Reichsausschuß" sich an das Arbeitsamt wandte und die Mutter zum Arbeitsdienst verpflichten ließ, so daß kein Familienmitglied zur Pflege des Kindes übrig blieb (126). Das war die äußerste Maßnahme, mit der der Schein einer freiwilligen Anstaltseinweisung gewahrt werden sollte.

Welche Bedeutung den "Kinderfachabteilungen" in bezug auf die Bevölkerung und die Familie angeblich zukam, hatte der Reichsminister des Inneren in dem schon erwähnten Brief an die Gesundheitsämter ausgeführt: "Die Volksgemeinschaft hat das größte Interesse daran, daß Kinder mit schweren Mißbildungen oder schweren geistigen Schädigungen alsbald einer erfolgsversprechenden Behandlung oder einer Asylierung zugeführt werden. Über die Notwendigkeit einer Behandlung ist nichts weiter zu sagen, da diese selbstverständlich ist. (...) Durch die Asylierung schwer leidender und besonders pflegebedürftiger Kinder wird den Eltern erfahrungsgemäß eine wirtschaftliche und seelische Last abgenommen und eine Vernachlässigung etwa in der Familie vorhandener gesunder Kinder zugunsten des kranken Kindes verhindert. Oft wird beobachtet, daß, auch wenn das Leiden des kranken Kindes nicht anlagemäßig bedingt ist, seitens der Eltern auf weitere Nachkommenschaft verzichtet wird, um alle Sorgfalt dem kranken Kind zuwenden zu können. Alle diese ungesunden Begleitumstände werden durch eine Asylierung des Kindes vermieden. Die in den Anstalten mögliche fachärztliche Untersuchung gestattet es auch, die Erbllichkeit des Leidens zu klären und diesen Eltern gegebenenfalls von weiterem Nachwuchs abzuraten oder sie zur Zeugung weiterer Kinder zu ermutigen. Der Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden hat hervorragende Sachkenner auf dem in Frage kommenden Spezialgebiet in den Dienst seiner Aufgabe gestellt" (127). Nicht überall wurde diesen Worten Glauben geschenkt. Die Gesundheitsämter in Garmisch und Starnberg berichteten am 19.5.43, daß sich die Hebammen um ihre Pflicht, behinderte Neugeborene zu melden, bisher nicht gekümmert hätten (128).

In der Anstalt selbst war die Haltung der Menschen, die unmittelbar an der Tötung von Kindern beteiligt waren, stets zwiespältig. Bei jedem einzelnen von ihnen stand Billigung neben Empörung und Ablehnung neben Unterstützung. Als im Sommer 1940 PFANNMÜLLER dem damaligen Abteilungsarzt des Kinderhauses FRIEDRICH HÖLZEL, die Leitung der neu zu errichtenden "Kinderfachabteilung" antrug, bat sich dieser Bedenkzeit aus und lehnte wenig später ab. Im vorausgegangenen Gespräch hatte PFANNMÜLLER nur gesagt, daß dort unheilbar kranke Kinder zunächst ärztlich genau untersucht und beobachtet werden sollten; er hatte die geplante Tötung von Kindern nicht angesprochen. Aber HÖLZEL entnahm es aus der Art, wie über die "Fachabteilung" gesprochen wurde, und aus der geheimnisvollen Behandlung des gesamten Gegenstandes (129). Am 28.8.1940 schrieb er an seinen Vorgesetzten:

"Lieber Herr Direktor!

Die stark verregnete erste Hälfte meines Urlaubs bot mir wenigstens den Vorteil, mir genügend Zeit zum Nachdenken zu lassen, und ich bin Ihnen sehr dankbar, daß Sie aus freien Stücken und mit so ernster Betonung mir diese Bedenkzeit gegeben haben. Denn die neuen Maßnahmen sind so überzeugend, daß ich glaubte, persönliche Bedenken zurücktreten lassen zu müssen. Aber es ist ein Anderes, staatliche Maßnahmen mit voller Überzeugung zu bejahen, ein Anderes sie selbst in letzter Konsequenz durchzuführen.

Die Parallele mit der Strafrechtspflege und der Strafvollstreckung liegt hier sehr nahe. Und da komme ich, zu aller verstandesmäßigen Einsicht und allem guten Willen, nicht um die Erkenntnis herum, daß ich mich nach meinem Naturell für diese Aufgabe nicht eigne. So lebhaft ich in vielen Fällen den Wunsch hätte, den natürlichen Ablauf verbessern zu können, so sehr widerstrebt es mir, dies als eine systematische Aufgabe nach kalter Überlegung und nach wissenschaftlich-sachlichen Richtlinien - nicht aus ärztlicher Gefühlsnötigung den Kranken gegenüber auszuführen. Denn was mir die Arbeit im Kinderheim liebgemacht hat, war nicht das wissenschaftliche Interesse, sondern das ärztliche Bedürfnis, inmitten unserer oft so fruchtlosen Arbeit, hier in vielen Fällen zu helfen und wenigstens zu bessern. Die psychologische Beurteilung und heilpädagogische Be-

treuung - Beeinflussung lagen mir stets weit mehr am Herzen, als anatomisch noch so interessante Curiositäten. Und so kommt es, daß ich zwar bei der Begutachtung volle Objektivität zu wahren glaube, mich aber doch als ärztlicher Betreuer den Kindern irgendwie gefühlsmäßig verbunden fühle, und ich glaube, daß dieser Gefühlskontakt vom Gesichtspunkte des nationalsozialistischen Arztes kein Mangel ist. Aber er hindert mich, die neue Aufgabe mit den bisherigen zu vereinigen.

Sollte sich nun die Notwendigkeit ergeben, die Arbeit des Kinderheimes in andere Hände zu legen, so wäre mir das eine schmerzliche Einbuße. Aber es scheint mir richtiger, klar zu sehen und rechtzeitig zu erkennen, daß ich für die Aufgabe zu weich bin, als daß ich Sie später enttäuschen müßte.

Ich weiß, daß Ihre Anfrage an mich das Zeichen besonderen Vertrauens ist, und kann wohl dieses Vertrauen nicht besser erwidern, als durch absolute Aufrichtigkeit und Offenheit." (130).

Trotz seiner ablehnenden Haltung gegenüber der "Kindereuthanasie" führte HÖLZEL gemeinsam mit PFANNMÜLLER die drei Pflegerinnen der "Fachabteilung" in ihren Aufgabenbereich ein. Obwohl er ahnte, zu welchem wahren Zweck die Abteilung geschaffen wurde, teilte er den Pflegerinnen nur das mit, was er von PFANNMÜLLER erfahren hatte, nämlich daß mit den Kindern eine Kur durchgeführt würde bzw. daß bei ihnen Heilversuche unternommen würden. Er sagte ihnen weiter, Todesfälle seien dabei nicht zu umgehen; er forderte sie aber auf, sich darüber keine Gedanken zu machen, zumal die Kinder auch körperlich krank seien. Abschließend ermahnte er sie, sie als Pflegerinnen hätten sich den Anordnungen des Arztes zu fügen (131). Wenig später legte HÖLZEL die Leitung des Kinderhauses nieder und ließ sich an das Versorgungsamt versetzen.

Sein Nachfolger GUSTAV EIDAM, dem zu Beginn des Jahres 1941 die Leitung des Kinderhauses zugewiesen wurde, übernahm diese Aufgabe in der Annahme, seine Tätigkeit auf der "Fachabteilung" beschränke sich auf die tägliche Visite. Er erklärte auch, daß er mit den Angelegenheiten des "Reichsausschusses" nicht befaßt werden wollte. Als im Dezember 1941 der Konsiliararzt aus der Universitätskinderklinik zum Militär eingezogen wurde, ließ EIDAM dem Direktor über

dessen Stellvertreter sagen, daß bei der "Durchführung der Maßnahmen" (zur Tötung der Kinder) keinesfalls auf Mithilfe seinerseits zu rechnen sei. Barsch wies ihn PFANNMÜLLER zurecht und wies ihn darauf hin, daß die ärztlichen Untersuchungen, die Beobachtungen der Kinder und die Niederlegung der Befunde zu seinen dienstlichen Aufgaben gehörten. Weiterhin drohte PFANNMÜLLER mit einem Sonderkommando, falls EIDAM preisgebe, was auf der Abteilung geschehe, oder falls er gegen Anordnungen verstieße. Der Abteilungsarzt ließ sich einschüchtern. In den kommenden Jahren bat er zwar wiederholt darum, zum Militär freigegeben zu werden, doch da diesem Wunsch nicht stattgegeben wurde, erfüllte er weiter seine Pflicht als Anstaltsarzt. Wie es der Direktor von ihm verlangt hatte, untersuchte er die neu aufgenommenen Kinder, beobachtete sie, füllte die Meldebogen aus und hielt den "objektiven Befund", auf den sich PFANNMÜLLER bei Erstattung seiner Berichte an den "Reichsausschuß" bezog, fest. Nach seinen Angaben bemühte sich EIDAM, zu retten, was zu retten war. Gelegentlich ließ er die Meldung eines Kindes an den "Reichsausschuß" über die Zeit hinaus liegen oder fälschte sie leicht zu dessen Gunsten, so daß es ihm gelang, dem einen oder anderen das Leben zu bewahren. Auch hielt er sich nicht an das auf der "Fachabteilung" bestehende Verbot, daß körperliche Erkrankungen der Kinder nicht behandelt werden dürfen (132). Unmittelbar nach dem Krieg erhängte sich EIDAM in amerikanischer Untersuchungshaft.

Für die Oberpflegerin, die wie ihre beiden Kolleginnen im Oktober 1940 wegen ihrer Erfahrung und Zuverlässigkeit auf die "Fachabteilung" versetzt worden war, war es nach ihren Angaben jedesmal von Neuem schrecklich, miterleben zu müssen, wie ein Kind getötet wurde. Ein paar Mal hatte sie auch selbst den Kindern die tödliche Dosis Luminal ins Essen gemischt, ohne zu wissen, was sie tat. Denn das Pulver, das sie aus der Apotheke geholt hatte, trug keinen Namen. Als sie wahrnahm, daß die Kinder wenig später eines nach dem anderen starben, ging sie zu PFANNMÜLLER und erklärte ihm, sie werde nicht mehr mitmachen. Er nahm es zur Kenntnis, stellte ihr frei, das Mittel nicht mehr selbst zu verabreichen, verlangte aber von ihr, daß sie weiterhin die Oberaufsicht führte. Sie fügte sich;

nach wie vor besorgte sie das Schlafmittel, verwahrte es und gab es zum angeordneten Zeitpunkt den beiden anderen Pflegerinnen aus. Öfters bat sie um ihre Versetzung auf eine andere Abteilung, da sie religiöse Bedenken hatte, ob es erlaubt sei, die behinderten Kinder zu töten. Andererseits dachte sie sich: "Die Behandlung der Kinder mit Luminal war eine Erlösung für dieselben. Wenn sie am Leben geblieben wären, hätten sie infolge ihrer Presthaftigkeit ein qualvolles Dasein weiterführen müssen" (133). Ihre beiden Kolleginnen waren gleicher Meinung wie sie; eine von ihnen sagte: "Die behandelten Kinder waren bedauernswerte Geschöpfe, die man nur als Kreaturen bezeichnen kann. Der Tod war für sie eine Erlösung, da sie zeitlebens unheilbar waren und nur ein qualvolles Leben, das mehr ein Dahinsiechen genannt werden kann, hätten führen müssen" (134).

Trotzdem war PFANNMÜLLER unsicher geworden, inwieweit er sich auf die Pflegerinnen verlassen konnte, seitdem die Oberpflegerin bei ihm vorgesprochen hatte. Wiederholt erinnerte er mündlich alle drei an ihre Schweigepflicht, bis er sie im April 1942 die folgende Verpflichtung unterschreiben ließ: "Durch den Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar, Obermedizinalrat Dr. Pfannmüller, bin ich über die Art meiner Tätigkeit und meiner Pflichten in der Fachabteilung des Kinderkrankenhauses der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar, in der Kinder des Reichsausschusses zur wissenschaftlichen Erforschung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden untergebracht sind, belehrt worden. Ich erkläre, meinen Dienst auf dieser Abteilung den Weisungen meines Chefs entsprechend durchführen zu wollen und bestätige, daß ich darauf aufmerksam gemacht worden bin, daß es sich bei der Behandlung der Kinder dieser Abteilung um eine absolut geheim zu haltende Reichssache handelt. Ich bin darüber belehrt worden, daß mir über die Vorgänge, die mir bei der Behandlung von Kindern dieser Abteilung offenbar werden, strengstes Stillschweigen auferlegt worden ist und daß auf Bruch dieses Stillschweigens die gesetzliche Todesstrafe steht. Durch Handschlag bin ich auf strengstes Stillschweigen verpflichtet worden. Ich werde dieses jederzeit und jedermann gegenüber strengstens wahren" (135). Der Hinweis auf die Todesstrafe entsprach übrigens nicht der Rechtslage und diente nur der Einschüchterung. Trotz des Druckes, der auf sie ausgeübt wurde, hatten die Pflegerinnen ihre Tätigkeit auf der

"Fachabteilung" aber freiwillig übernommen, kein Befehl zwang sie dazu, das zu tun, was sie getan hatten. Eine andere Pflegerin, die der Aufforderung PFANNMÜLLERs, auf der "Kinderfachabteilung" zu arbeiten, nicht Folge geleistet hatte, weil sie von den Kindstötungen gehört hatte, konnte ihren Dienst auf einer anderen Abteilung ungestört fortsetzen (136).

Der Konsiliararzt, der über ein Jahr hinweg einmal in der Woche aus der Universitätskinderklinik nach Eglfing-Haar kam, war davon überzeugt, richtig zu handeln. Er sah es als seine ärztliche Pflicht an, "bedauernswert und freudlos dahinvegetierenden Lebewesen unter allen Umständen zu helfen. Als ultima ratio auch mit einer Erlösung durch gewollt gesetzten Tod, durch vorsätzliche Tötung" (137). Ebenso wollte er den "vom Schicksal geschlagenen" Eltern helfen, indem er ihr behindertes Kind tötete. Er tat dies, ohne sie befragt zu haben. Da er sie als medizinische Laien, die kein sachliches Urteil abgeben könnten, betrachtete und nicht als Eltern, die gefühlsmäßig mit ihrem Kind verbunden waren, hielt er es für die Pflicht des Arztes, ihnen diese Entscheidung abzunehmen. Im Laufe der Zeit, die er auf der "Fachabteilung" tätig war, änderte er jedoch seine Meinung. Kurz bevor er zum Militär eingezogen wurde, legte er nach Angaben des Anstaltspfarrers in einem Brief, der leider nicht erhalten ist, seinen Einstellungswandel dem Direktor dar (138).

#### 6.4 Die Haltung des Direktors

Was bewegte Direktor PFANNMÜLLER, den Tod von über 3.100 Patienten, die in seiner Anstalt untergebracht waren, entweder unmittelbar selbst zu betreiben oder stillschweigend zuzulassen?

Ein möglicher Grund lag in der nationalsozialistischen Rassenideologie. PFANNMÜLLER war überzeugter Nationalsozialist. Schon 1922

war er in Ansbach Mitglied der NSDAP geworden und als Redner bei Wahlversammlungen aufgetreten. Er verließ die Partei jedoch 1925, weil er sich mit einem höhergestellten Parteigenossen über Fragen des Antisemitismus zerstritten hatte. Zum 1. Mai 1933 erwarb er auf Ersuchen des Bürgermeisters von Kaufbeuren erneut die Mitgliedschaft in der NSDAP und wurde im folgenden bei verschiedenen Gelegenheiten für die Partei tätig. Insbesondere sprach er wiederholt in öffentlichen Veranstaltungen über Rassenhygiene und Erbbiologie. Nach den Ausführungen der Gauleitung München-Oberbayern war PFANNMÜLLER ein guter Parteigenosse. Sie schrieb am 6.11.1940 über ihn: "Pg Pfannmüller ist in politischer und weltanschaulicher Hinsicht durchaus zuverlässig. Er besucht die Veranstaltungen der Ortsgruppe regelmäßig. Er bemüht sich, in der von ihm geleiteten Anstalt nationalsozialistische Grundsätze durchzusetzen. Im Verkehr mit Pg ist Pfannmüller im allgemeinen höflich und entgegenkommend" (139).

PFANNMÜLLER war mit der nationalsozialistischen Rassenideologie vertraut und trat dafür ein, ihr im Bereich der Psychiatrie Geltung zu verschaffen. Wenn er Besuchergruppen durch das Anstaltsgelände führte, wie es schon sein Vorgänger zu tun pflegte, sprach er offen über die Anwendung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses; die Tötung psychisch kranker Menschen deutete er jedoch allenfalls an. Eine Pflegerin erinnerte sich, daß PFANNMÜLLER einen seiner Vorträge mit den Worten begann: "Wenn der Gärtner im Frühjahr seinen Garten und seine Bäume richtet, nimmt er das Dürre weg" (140). Ein Anstaltsarzt bemerkte, daß der Direktor sich freute, als ein SS-Leutnant, der an einer Führung teilnahm, sagte, da solle man ein Maschinengewehr an der Türe aufstellen und die Leute damit wegputzen (141). PFANNMÜLLER ging jedoch nie näher darauf ein, ob und inwieweit die nationalsozialistische Rassenideologie seine Haltung gegenüber der Tötung psychisch kranker Menschen bestimmt habe.

Ein anderer möglicher Grund war die Absicht, durch die Tötung psychisch kranker Menschen die Kosten der Anstaltsversorgung zu verringern. In seiner auf den 1.11.1939 datierten Stellungnahme zum Bericht über die Organisations- und Wirtschaftsprüfung in der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar führte PFANNMÜLLER diesen Gedanken

aus: "Als konfessionell ungebundener und überzeugter nationalsozialistischer Anstaltsleiter halte ich mich aber für verpflichtet, eine wirkliche Sparmaßnahme aufzuzeigen, die geeignet ist, die Lage der Anstalten wirtschaftlich günstig zu beeinflussen. Ich erachte es an dieser Stelle für angebracht, einmal offen und in aller Deutlichkeit auf die Notwendigkeit hinzuweisen, daß wir Ärzte hinsichtlich ärztlicher Betreuung lebensunwerten Lebens auch die letzte Konsequenz im Sinne der Ausmerze ziehen. Es handelt sich darum, daß jene an sich wohl bedauernswerten Kranken, die aber nur ein Scheindasein eines Menschen leben, die für die soziale Eingliederung in die menschliche Gemeinschaft vollkommen unbrauchbar geworden sind durch die Auswirkung ihrer Erkrankung, sich selbst, ihren Angehörigen und ihrer Umgebung zur Qual und zur Last sind, verschärfter Ausmerze unterworfen werden müssen" (142). An anderer Stelle hob PFANNMÜLLER hervor, daß bei der Tötung psychisch kranker Menschen für ihn wirtschaftliche Gesichtspunkte nicht ausschlaggebend waren (143).

Ein dritter möglicher Grund war der Wunsch, die Kranken von ihrem als unheilbar erlebten Leiden zu erlösen. PFANNMÜLLER bezog sich dabei auf die Ausführungen des Psychiaters ALFRED HOCHÉ (1865 - 1943), der 1920 zusammen mit dem Juristen KARL BINDING eine Schrift mit dem Titel "Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form" veröffentlicht hatte. HOCHÉ vertrat darin die Auffassung, daß unheilbar psychisch kranke Menschen ihr eigenes Leiden nicht mehr wahrnehmen können und deshalb als "geistig tot" zu bezeichnen sind. Er wehrte die Betroffenheit, die beim Arzt oder anderen Personen durch den Umgang mit so schwer kranken Menschen entstehen könne, als unangebracht ab: "'Mitleid' ist den geistig Toten gegenüber im Leben und im Sterbensfall die an letzter Stelle angebrachte Gefühlsregung; wo kein Leiden ist, ist auch kein mit-Leiden" (144). Sachlich betrachtete er den Wert des Lebens unter dem Gesichtspunkt wirtschaftlichen Nutzens. Seiner Meinung nach war in Zeiten der Not, wie sie in Deutschland nach dem Ersten Weltkrieg herrschte, kein Platz mehr "für halbe, Viertels- und Achtelskräfte, für Ballastexistenzen oder für Defektmenschen" (145). Er sah es als erlaubt und richtig an, diese Menschen zu töten, um die Kosten ihrer Versorgung einzusparen. HOCHÉ schlug vor, Kommissionen zu bil-

den, die die betreffenden Menschen auszuwählen hätten; Fehltritte und Irrtümer hielt er für ausgeschlossen. "Es kann dies nur eines Laien Sorge sein. Für den Arzt besteht nicht der geringste Zweifel, daß diese Auswahl mit hundertprozentiger Sicherheit zu treffen ist, also mit einem ganz anderen Maße von Sicherheit, als etwa bei hinzurichtenden Verbrechern die Frage, ob sie geistig gesund oder geistig krank sind, entschieden werden kann. Für den Arzt bestehen zahlreiche, wissenschaftliche, keiner Diskussion mehr unterworfenen Kriterien, aus denen die Unmöglichkeit der Besserung eines geistig Toten erkannt werden kann, um so mehr, als für unsere Fragestellung in vorderster Linie die von frühester Jugend an bestehenden Zustände geistigen Todes in Betracht kommen" (146). PFANNMÜLLER wies ausdrücklich darauf hin, daß ihn der Standpunkt HOCHES zu seiner Haltung gegenüber der "Euthanasie" veranlaßt habe (147).

PFANNMÜLLER nannte eine weitere Veröffentlichung, die seine Haltung zur Tötung psychisch kranker Menschen beeinflusst hatte. Es war die Erzählung des Arztes MAX NASSAUER "Sterben...ich bitte darum", in der die Tötung eines unheilbar Kranken als Erlösung von seinem Leiden geschildert wird. Nach einer langen inneren Entwicklung entschließt sich ein Arzt, dem Wunsch seines Patienten zu entsprechen, und ihm, der im Verlaufe der Behandlung zu seinem Freund geworden war, in der Stunde seines Todes mit einer Überdosis an Medikamenten die Schmerzen zu nehmen. Als er ihn tötet, erfüllt ihn großer Friede; jetzt fühlt er sich eins mit der Schöpfung. Dennoch bezeichnet er seine Tat als Opfer, das er dem Freund bringt und zu dem er sich als Arzt verpflichtet fühlt. Für PFANNMÜLLER war dieses Buch so wichtig, daß es einen Ehrenplatz in seiner Bibliothek innehatte. Vielleicht sah er so die Tötung seiner vermeintlich unheilbar kranken Patienten.

Ein vierter möglicher Grund lag offenbar in PFANNMÜLLERS Anliegen, die als heilbar angesehenen Patienten wirkungsvoller als bisher behandeln zu können. Er glaubte, daß sei möglich, wenn die "unheilbar" Kranken getötet worden waren. Er stand mit dieser Meinung nicht allein, sie wurde auch von anderen Psychiatern vertreten (vgl. 6.1). PFANNMÜLLER schrieb in bezug auf die Anstalt Eglfing-Haar: "Zwei

Gruppen schwer defekter Menschen sind dafür in Betracht zu ziehen; die völlig verblödeten, gänzlich asozialen, absolut pflegebedürftigen, chronischen Zustandsbilder, die an die Idiotie heranreichen und die wir in allen Krankheitsgruppen und Lebensaltern finden und daneben die hochgradig verbrecherisch veranlagten, gesellschaftsfeindlichen Elemente, die jetzt meist als 'Sicherungsverwahrte' in zunehmendem Maße die Anstalten untragbar und unverantwortlich belasten und überfüllen. Diese Kranken sind es, die besonders hohe Unkosten an Pflegepersonal, ärztlicher Betreuung, Medikamenten, Wäsche usw. verursachen. Beide Gruppen gehören m.E. nicht in eine wirkliche Krankenanstalt. Sie belasten dadurch, daß ihnen jede eigene Verantwortung für den Kampf ums Dasein durch Anstaltsbetreuung abgenommen ist, auf lange Dauer räumlich und wirtschaftlich die Anstalten und schädigen durch den hohen Aufwand, den sie verursachen, die Förderung der Lebenstüchtigen. Die Kranken dieser Gruppen sind auch fast durchwegs auf öffentliche Kosten in den Anstalten verwahrt. Das Problem, solches Krankenmaterial - die Zahl dieser Kranken kann in jeder Anstalt erfaßt werden - unter den primitivsten Bedingungen zu verwahren oder überhaupt auszumerzen, ist nunmehr ernstlich diskussionsreif geworden. Die Lösung dieser Frage ist notwendig im Sinne wirklicher Nächstenliebe und entspricht unserer Anschauung, daß unsere erste und vornehmste ärztliche Betreuung nicht dem Unrettbaren und Verlorenen zuzuwenden ist, sondern den Menschen, die für die Volksgemeinschaft überhaupt noch einen Wert haben. Ebenfalls geht es nicht an, sie unter gleiche Lebensbedingungen zu stellen wie die wirklich Kranken, die noch der menschlichen Gemeinschaft verbunden sind und die unserer Hilfe noch bedürfen. Die Zahl dieser auszumerzenden Kranken berechnet sich in unserer Anstalt auf über 1.000 Kranke = 35 % des Krankenbestandes. Könnten diese aus der Anstalt entfernt, unter primitivsten Verhältnissen andersweitig verwahrt werden, so würden Betten frei, die bei der ewigen Überbelegung der Münchner psychiatrischen Klinik und der psychiatrischen Abteilung des Krankenhaus Schwabing nutzbringend für erfolgreiche Behandlung frischer psychiatrischer Fälle Verwendung finden könnten. Zu erwägen wäre auch die Schaffung eines eigenen Münchner Aufnahmegebietes für unsere Anstalt im Osten Münchens (Giesing, Steinhausen, Bogenhausen); in kurzer Zeit wäre

es dann möglich, die Anstalt auf einem Dauerbelegungsstand von 3.000 behandlungsfähigen Kranken zu halten, die den für sie notwendigen wirtschaftlichen Aufwand auch rechtfertigen" (148). PFANNMÜLLER trat also dafür ein, ärztliche Hilfe gezielt denjenigen Patienten zukommen zu lassen, bei denen die Aussicht auf Heilung am größten war.

Dementsprechend schien es ihm wegen des Krieges eher angebracht, verwundete Soldaten zu behandeln als psychisch Kranke. "Gerade diese Tage, in denen von unseren wertvollsten Männern die schwersten Opfer an Blut und Leben verlangt werden, lehren uns eindrucksvoll, daß es nicht möglich sein darf - aus wirtschaftlichen Gründen - vermehrt die Anstalten mit lebenden Leichen für einen trotzdem immer noch unverhältnismäßig hohen Verpflegesatz zu belegen. Für mich ist die Vorstellung untragbar, daß beste, blühende Jugend an der Front ihr Leben lassen muß, damit verblödete Asoziale und unverantwortliche Antisoziale in den Anstalten ein gesichertes Dasein haben" (149). Bei anderen Gelegenheiten vertrat er wiederholt die Auffassung: es gehe nicht an, in der Heimat "lebensunwertes Leben" zu pflegen oder gar zu erhalten und durch ärztliche Kunst zu retten, während junge, "wertvollere" Menschen an der Front verbluten und dort nicht einmal die nötigsten Medikamente erhalten (150).

Schon bevor die Maßnahmen zur "Euthanasie" eingeleitet worden waren, hatte PFANNMÜLLER zum Verhältnis von "heilbaren" und "unheilbaren" Kranken Stellung genommen. In den beiden ersten Berichten, die er als Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar über die Jahre 1937 und 1938 schrieb, legte er dar, daß es sein Anliegen war, psychisch Kranke in die Gesellschaft zurückzuführen, daß es aber die "unheilbaren" Kranken waren, die eine wirkungsvolle Behandlung der "Heilbaren" behinderten: "Die Überbelegung der Anstalt mit dauernd anstaltspflegebedürftigen, asozialen und antisozialen Kranken ist geeignet, allmählich das Milieu des Anstaltskrankenmaterials in ganz bestimmter nicht erwünschter Art zu färben. Es müssen deshalb Wege gesucht werden, um zu verhindern, daß die Heil- und Pflegeanstalten ihrer primären Aufgabe - Heilung und Besserung Geisteskranker im Sinne der Rückkehr in die soziale Gemeinschaft - entzogen werden dadurch, daß sie Gefahr laufen, allmählich zu einem

Reservoir asozialer und antisozialer, unheilbarer, nicht mehr entlassungsfähiger Geistesdefekter zu werden. Gerade diese beiden letzten Kategorien sind jene Kranke, die die Öffentlichkeit übermäßig mit Kosten belasten und damit die Mittel wegnehmen, den wirklich heilungs- und besserungsbedürftigen Kranken weiter zu helfen" (151).

Ein Dorn im Auge waren ihm die Patienten seiner Anstalt, die in der Arbeitstherapie nur noch zum Zupfen von Stoffresten eingesetzt werden konnten. "Das Ziel muß deshalb stets sein, die 'Zupfer' von den Abteilungen verschwinden zu lassen und sie in eine auch wirtschaftlich sinnvolle Beschäftigungstätigkeit zu bringen. Dieses Ziel strebe ich an; ob es in unserer Anstalt voll durchführbar ist, erscheint mir bei dem Krankenmaterial, das derzeit mit Zupfarbeit beschäftigt wird, mehr als fraglich. Es handelt sich hier in der überwiegenden Mehrzahl um völlig ausgelagte, stumpf blöde Kranke, die an sich überhaupt nicht mehr in die menschliche Gemeinschaft eingegliedert werden können" (152). Mit gleicher Heftigkeit wandte sich PFANNMÜLLER gegen die Patienten, die eine Straftat begangen hatten und wegen ihrer psychischen Erkrankung in der Heil- und Pflegeanstalt sicherungsverwahrt wurden. Nachdem ihre Zahl im Laufe des Jahres 1939 von 32 auf 48 angestiegen war, also etwa 1,7 % des gesamten Krankenbestands ausmachte, befürchtete der Direktor, daß die Anstalt durch sie zu einem "Zuchthausadnex" umgewandelt würde. Er fuhr fort: "Krankenanstalten, die kranken Menschen zum Zwecke der Betreuung und Heilung dienen, haben mit Verbrechern nichts zu tun, auch wenn zufällig eine abnorme Anlage bei ihnen gefunden wird" (153).

PFANNMÜLLER befürwortete eine sorgfältige Behandlung der Patienten, bei denen ein Erfolg möglich schien. Er nahm sich vor, als Direktor in Egglfing-Haar die Arbeitstherapie auszubauen, und begrüßte die Durchführung der somatischen Therapieverfahren. Seinen Ausführungen zufolge tat er dies jedoch weniger, um dem einzelnen Kranken zu helfen - dieser Gesichtspunkt wurde gar nicht erwähnt -, sondern um der Gesellschaft einen Dienst zu erweisen. Bezogen auf die Insulinschock- und Krampfbehandlung sagte er: "Soviel wir sehen, ist die therapeutische Richtung in der Psychiatrie in systematischer und kritischer Arbeit auf dem besten Wege, nützlichste Arbeit für das Volksganze zu leisten. Daß es den Anstalten - und gerade auch unse-

rer Anstalt - vergönnt ist, an diesen hohen Aufgaben nachdrücklich mitzuarbeiten, gereicht uns zur besonderen Freude" (153).

Bevor PFANNMÜLLER Direktor in Eglfing-Haar wurde, hatte er sich mit der Bekämpfung des Alkoholismus befaßt. Gegenüber den Kranken, denen vorausgegangene ärztliche Bemühungen nicht hatten helfen können, verhielt er sich mit unnachsichtiger Härte und scheute sich nicht, die Überführung dieser Menschen in das Konzentrationslager nach Dachau zu betreiben. 1933 schrieb PFANNMÜLLER über Josef O., den er als Arzt der städtischen Trinkerfürsorge Augsburg kennengelernt hatte: "Diagnose: angeborene geistige Minderwertigkeit mit aufgepfropfter Trunksucht. Erbliche Belastung liegt vor, Vater war Trinker, hat bereits ein schwachsinniges Kind. Auch die Ehefrau ist unverkennbar schwachsinnig, hat ein außereheliches Kind, das ebenfalls schwachsinnig ist. Behandlung des Falles: Fürsorgerische Behandlung unmöglich und vollkommen zwecklos. O. ist asozialer, schwachsinniger Trinker, hemmungsloser, charakterdefekter Mensch, Sorgerechtsentziehung für die Kinder ist bei beiden Eltern angezeigt, O. selbst gehört zur Besserung und zielmäßigen Erziehung nach Dachau überstellt. Unfruchtbarmachung erscheint angezeigt" (155).

Andererseits bemühte sich PFANNMÜLLER mit großem Einsatz um die Kranken, mit denen er es als beratender Arzt der katholischen Trinkerheilstätte Meitingen zu tun hatte und bei denen er eine Besserung für möglich hielt. Wie er sagte, legte er "sehr großen Wert auf die psychotherapeutische Behandlung und Beeinflussung der Alkoholkranken in der Heilstätte" (156). Er hielt es für notwendig, "daß immer und immer wieder der Facharzt die einzelnen Alkoholkranken vornimmt und mit ihnen in Fühlung bleibt und psychotherapeutisch immer und immer wieder die Kranken günstig zu beeinflussen und zu bereden versucht" (157). PFANNMÜLLER sah auch die soziale Verursachung des Alkoholismus; deshalb sollte die Behandlung in der Heilstätte nicht nur dazu dienen, den Kranken vom Alkohol zu entwöhnen, sondern auch dazu beitragen, die persönlichen Verhältnisse, die die Entstehung des Alkoholismus begünstigt hatten, zu verändern, damit einem Rückfall möglichst vorgebeugt war.

Die Zwiespältigkeit in PFANNMÜLLERs Verhalten gegenüber seinen Kranken wurde auch von seinen Mitarbeitern in der Anstalt Eglfing-Haar beobachtet. Ein Arzt faßte es in die Worte: "(Pfannmüller) hatte schon ein Herz für die Kranken, er unterschied aber sehr, bei welchen Kranken die Behandlung Aussicht hatte und bei welchen nicht" (158). Die Mitarbeiter stellten bei ihrem Direktor eine grundsätzliche Anteilnahme am Schicksal seiner Patienten fest. Sie beschrieben ihn aber als sehr wechselhaft: Wie sie sagten, konnte er einerseits schnell ausser sich geraten und die Patienten mit drastischen Ausdrücken belegen, andererseits sich ihnen gegenüber umsichtig und rücksichtsvoll zeigen. Es gab auch Patienten, die sich über ihn als Arzt zufrieden äußerten (159).

Schon 1932, also noch vor Beginn der nationalsozialistischen Herrschaft, hatte PFANNMÜLLER seine Überzeugung dargelegt, daß der Arzt seine Entscheidung eher nach dem Wohlergehen der Gesellschaft als dem des Einzelnen auszurichten hat. Er sagte in bezug auf die Einweisung von psychisch kranken Menschen, bei denen "Gemeingefährlichkeit" vermutet wurde: "Man hat einerseits das Verantwortungsgefühl des Schutzes der Öffentlichkeit, andererseits das Pflichtgefühl in sich, daß man unter Umständen mit der Einweisung eines derartigen Kranken ihm einen empfindlichen Schaden für seine Zukunft zufügen kann, und beide Empfindungen liegen miteinander im Kampf. Gewiß sagt man sich, daß es zweckmäßiger ist, einmal einen Kranken zuviel in die Anstalt einzuweisen, als einen zuwenig, und jeder von uns wird sich innerliche Vorwürfe machen, wenn er heute die Grundlage für eine Einweisung gutachtlich verneint und wenn morgen ein bedauerlicher Unglücksfall die Spalten der lüsternen Tagespresse füllt. Ich glaube daher Ihnen vorschlagen zu dürfen, daß es eher zweckmäßig ist, im Zweifelsfalle den Kranken einzuweisen unter entsprechender Begründung, als zuzuwarten, bis ein unangenehmer Zwischenfall entsteht" (160).

Im nationalsozialistischen Staat sah PFANNMÜLLER dann den Arzt als "ein Mitglied der Volksgemeinschaft mit der besonderen Aufgabe, die Volksgemeinschaft gesund zu erhalten" (161). Er hielt das für die "hohe

Sendung" seines Berufes. Wenn er sich der Behandlung von Alkoholikern widmete, glaubte er, einen Beitrag zu leisten für die "rassische Gesunderhaltung aller Deutschen Volksgenossen" (162) und damit eine Aufgabe zu erfüllen, die sich seiner Meinung nach auch HITLER als Reichskanzler gestellt hatte.

Die von der Regierung angeordnete und erlaubte "Euthanasie" war für PFANNMÜLLER und andere an ihrer Durchführung beteiligte Personen eine Art von Behandlung. Am deutlichsten zeigte dies der in der "Kinderfachabteilung" übliche Sprachgebrauch, der die Tötung eines Kindes als "Behandlung" bezeichnete. Ihre Anwendung hatte zum einen sorgfältig und gewissenhaft und zum anderen nur bei genau festgelegten Fällen zu erfolgen. PFANNMÜLLER bemühte sich, dementsprechend vorzugehen. Bei der Tötung erwachsener Anstaltspatienten legte er Wert darauf, den klinischen Befund, der die Entscheidung, einen Kranken in eine Tötungsanstalt zu verlegen, begründete, durch die Meinung anderer Ärzte zu objektivieren (vgl. 6.2); Kinder ließ er bisweilen erst töten, nachdem ihr Verhalten längere Zeit beobachtet worden war (vgl. 6.3). Auf keinen Fall wollte PFANNMÜLLER, daß von außen in den Ablauf der "Euthanasie" eingegriffen wurde. Er war bestrebt, den ordnungsgemäßen Gang des Verfahrens einzuhalten. Als Vertreter eines großen Pharmabetriebes an ihn herantraten, ob sie ein neu entwickeltes aktives Diphtherie- und Scharlachserum an den Kindern der "Fachabteilung" auf Wirksamkeit und Dosierung überprüfen dürften, lehnte der Direktor entschieden ab. Wie er sagte, war er nicht bereit, irgendein Kind seiner Anstalt zu Experimenten herzugeben, selbst wenn es völlig lebensunfähig war und mit seinem Ableben in Bälde gerechnet werden mußte (163).

Gleichzeitig war PFANNMÜLLER daran gelegen, die "Euthanasie" wissenschaftlich abzusichern. In einer umfangreichen statistischen Erhebung errechnete er, wie alt die unheilbar kranken Patienten in seiner Anstalt wurden. Er erfaßte 1379 Todesfälle aus den Jahren 1930 bis 1939 (164). Er stellte fest, daß das durchschnittliche Lebensalter der in der Anstalt gestorbenen Männer und Frauen mit 56,50 Jahren etwa fünf Jahre unter dem mittleren Lebensalter der Normalbevölkerung von 61,33 Jahren lag; der Unterschied betrug sogar

knapp zwölf Jahre, wenn man die Patienten, die wegen einer Alterspsychose in die Anstalt eingeliefert worden waren, nicht in die Erhebung miteinbezog. PFANNMÜLLER zeigte sich besonders davon beeindruckt, wie gering die Lebenserwartung von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung war; sie lag nur bei 46,84 Jahren. Bekanntlich machten Kranke mit dieser Diagnose den Großteil der Menschen aus, die in Eglfing-Haar untergebracht und von dort in eine Tötungsanstalt verlegt worden waren. Er selbst sagte zum Ergebnis seiner Untersuchung: "Daraus ergibt sich noch einmal mit aller Sicherheit, daß die von vielen Seiten, selbst von fachpsychiatrischer Seite, oft angenommene These, daß die unheilbaren Geisteskranken in den Anstalten vielfach älter werden als die normale, dem Kampf ums Dasein ausgesetzte Bevölkerung, unrichtig ist. Es steht zwar fest, daß der Geisteskranke in der Anstalt vor äußeren Schädlichkeiten wesentlich besser bewahrt ist als der außerhalb der Anstalt stehende Mensch. Es ist auch richtig, daß er seine Kräfte nicht zu sehr verzehrt wie häufig der hart arbeitende, gesunde Mensch. Trotzdem bedingt aber die Geisteserkrankung selbst offenbar ein geringeres Lebenserwartungsalter als beim Gesunden. Damit bestätigt sich wieder einmal der alte Satz, daß gerade der Kampf ums Dasein den Menschen stahlhart macht und unter normalen Lebensbedingungen den Menschen älter werden läßt als die schwachen, krankheitsanfälligen Menschen, selbst wenn sie unter sorgsamer Pflege und Aufsicht der Anstalt in mancher Hinsicht geschützt erscheinen" (165).

Bei der Tötung von behinderten Kindern verstand PFANNMÜLLER das Ergebnis der histopathologischen Untersuchungen des Gehirns als eine Bestätigung dafür, daß bei der "Euthanasie" die Richtigen "behandelt", d.h. getötet wurden, nämlich die, die sowieso bald gestorben wären. Er sagte: "Ich habe immer Wert darauf gelegt, diesen Hirnbefund zu bekommen, weil ich dadurch die wissenschaftliche Frage klarstellen wollte, ob in diesem Fall Berechtigung zur Euthanasie vorlag oder nicht. Aus dem Hirnbefund ging ja die Lebensdauer hervor.(...) Meist (war der Befund) außerordentlich erschreckend, da nur eine beschränkte Lebensdauer zu erwarten war. Dieser Befund hat den Befund, wie er in der Kinderfachabteilung beobachtet worden war, und unsere Begutachtung bestätigt" (166). PFANNMÜLLER hielt sich

gewissenhaft an die festgestellten Befunde und richtete die Auswahl der zu tötenden Kinder nach ihnen aus. Als bei schwer mongoloiden Kindern keine pathologischen Veränderungen des Gehirns gefunden wurden, machte er etwa ab Juli 1944 keinen Gebrauch mehr von den für diese Kinder ausgestellten Ermächtigungen. Es schien ihm nicht mehr haltbar, die Unheilbarkeit der Erkrankung als gegeben hinzunehmen. Damit war für ihn eine wesentliche Voraussetzung zur "Euthanasie" entfallen (167).

Bei verschiedenen Gelegenheiten wurde deutlich: PFANNMÜLLER befürwortete zwar die Tötung von unheilbar kranken Menschen, wollte aber gleichzeitig nicht wahrhaben, daß er durch sein Verhalten ihren Tod verursachte. Bei der Begutachtung der Meldebogen berief sich PFANNMÜLLER darauf, daß es zwei Obergutachter gab. Für ihn war das, was er tat, deshalb "nur eine Vorbegutachtung ohne Verantwortlichkeit" (168). Nie wurde PFANNMÜLLER gesehen, wenn in seiner Anstalt Kranke für den Transport hergerichtet oder zu den Eisenbahnwaggons gebracht wurden (169). Einmal besuchte er sogar die Anstalt Niedernhart, in der die Patienten unter Umständen einige Tage verbrachten, ehe sie in Hartheim getötet wurden. Er ließ sich die Anstalt zeigen, hatte aber, wie er sagte, wegen der kurzen Zeit keine Gelegenheit, sich nach seinen Patienten zu erkundigen (170). Angesprochen auf die Tötung von Kindern in seiner Anstalt meinte er: "Das Kind starb auch nicht an einer Vergiftung, sondern an einer Kreislauf-Lungenstörung" (171).

Als PFANNMÜLLER vor Gericht vernommen wurde, erklärte er, daß die Tötung psychisch kranker und behinderter Menschen kein Mord war. "Um jedes Mißverständnis zu vermeiden, weil man mir gegenüber von Mord sprach, möchte ich noch einmal betonen, ich bin kein Mörder und habe niemals im Entferntesten den Gedanken an Mord gehabt" (172).

## Zusammenfassung

In Bayern war im 19. Jahrhundert die Versorgung psychisch kranker Menschen zu einer staatlichen Aufgabe geworden. Um die Jahrhundertwende standen die Ärzte in den Anstalten allerdings dem Leiden ihrer Patienten im allgemeinen hilflos gegenüber. Sie kannten keine Behandlungsverfahren, die eine Heilung ermöglicht hätten. Die psychischen Erkrankungen wurden auf organische Veränderungen des Gehirns zurückgeführt, die nachzuweisen aber nicht gelungen war. Gleichzeitig stieg die Zahl der Menschen, die in Heil- und Pflegeanstalten untergebracht wurden, stärker an, als es dem Bevölkerungswachstum entsprochen hätte.

Als die Kreisirrenanstalt in München nicht mehr erweitert werden konnte, entschloß sich der Bezirk Oberbayern, in Eglfing bei München eine neue Anstalt für psychisch Kranke zu errichten. Sie wurde 1905 eröffnet. In ihrer Ausstattung entsprach sie den damals üblichen Anforderungen. Da der hier geschaffene Platz nicht ausreichte, wurde nur wenige Jahre später in Haar, in unmittelbarer Nachbarschaft zu Eglfing, eine weitere Anstalt gebaut. Infolge der wirtschaftlichen Schwierigkeiten nach dem Ersten Weltkrieg wurden seit Beginn der zwanziger Jahre die Mittel für das Anstaltswesen gekürzt. Die Lebensbedingungen der Patienten verschlechterten sich dadurch erheblich. Besonders einschneidend wirkte sich die Verringerung der Pflegesätze zwischen 1930 und 1937 aus. Der Zweite Weltkrieg, der Eglfing-Haar anfangs nur wenig betroffen hatte, führte schließlich zu einer weitgehenden Auflösung der Anstalt.

Aus finanziellen Gründen waren 1931 die beiden bisher selbständigen Anstalten in Eglfing und Haar zu einer einzigen Anstalt vereinigt worden. In ihr lebten über 2300 Patienten; bei den Krankheitsbildern herrschten die Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis vor. Ihre ursächliche Behandlung wurde für ebenso un-

möglich gehalten wie die anderer psychischer Erkrankungen mit Ausnahme der progressiven Paralyse. Zwei als psychotherapeutisch bezeichnete Verfahren, mit denen das Verhalten der Kranken günstig beeinflußt werden konnte, wurden in Eglfing und Haar seit 1925 und 1926 jedoch mit gutem Erfolg eingesetzt: Durch die Arbeitstherapie sollten die Patienten entlassungsfähig bzw. vor weiterem Persönlichkeitszerfall bewahrt werden, während außerhalb der Anstalt ehemalige Insassen in der offenen Fürsorge betreut wurden, um ihnen die Rückkehr in die Gesellschaft zu erleichtern. Gleichzeitig wurde auch betont, welche Bedeutung diesen Verfahren für die Verbilligung des Anstaltsbetriebes zukam.

Seit 1936 wurden in Eglfing-Haar akut psychisch Kranke mit Insulinschocks behandelt. Die Wirkungsweise blieb unklar, aber es waren Besserungen zu verzeichnen. Der Insulinschock griff tief in die Körperlichkeit der Patienten ein und war mit großen Risiken verbunden; es gab sogar vereinzelt Todesfälle. Die Anwendung somatischer Behandlungsweisen weitete sich aus, als 1939 die Elektrokrampftherapie in Eglfing-Haar eingeführt wurde. Viele der Patienten fürchteten sich vor einer solchen Behandlung, durch die die Zahl der Remissionen aber deutlich erhöht werden konnte. Der Leiter der Therapiestation, Anstaltsarzt ANTON VON BRAUNMÜHL, entwickelte die Methodik der somatischen Therapieverfahren weiter und stellte wiederholt deren Nutzen für den Kranken wie für die Gesellschaft heraus.

Nachdem 1933 die Nationalsozialisten das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses verabschiedet hatten, wurden in Eglfing-Haar mindestens 1703 Menschen sterilisiert. In Übereinstimmung mit Wissenschaftlern der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München glaubte Anstaltsdirektor FRITZ AST, durch die Sterilisationen der weiteren Ausbreitung psychischer Erkrankungen vorbeugen zu können. AST war auch als Richter am Erbgesundheitsgericht tätig. In Eglfing-Haar wurde ein eigenes Verwaltungsverfahren entwickelt, um jeden Kranken, den das Gesetz betreffen könnte, auch wirklich zu erfassen. Die Operation zur Sterilisierung wurde bei

Anstaltspatienten unmittelbar in der Anstalt ausgeführt. Weiterhin wurden Ärzte aus Eglfing-Haar rassenhygienisch tätig bei der erb- biologischen Aufklärung der Bevölkerung, bei der sogenannten erb- biologischen Bestandsaufnahme des deutschen Volkes und bei der erb- biologischen Forschung. Ein Arzt war vom Anstaltsdienst freigestellt und befaßte sich ausschließlich mit solchen Aufgaben.

Auf Anordnung der nationalsozialistischen Regierung wurden 1940 und 1941 schätzungsweise 924 Patienten aus Eglfing-Haar in eine andere Anstalt verlegt und dort getötet. Außerdem wurden mindestens 776 Menschen, die zuvor in oberbayerischen Pflegeanstalten gelebt hatten, über Eglfing-Haar in eine Tötungsanstalt gebracht. Ärzte und Pfleger bereiteten die Kranken für die Transporte vor, deren wahren Zweck sie schon bald erfahren hatten. Auch die Kranken, im allgemeinen waren es langjährige Anstaltsinsassen, ahnten, daß sie getötet werden sollten. Offen wurde aber über das Geschehen nicht gesprochen. Anfragen besorgter Angehöriger wurden von Direktor HERMANN PFANNMÜLLER ausweichend beantwortet. Desweiteren starben von 1943 bis 1945 429 Patienten aus Eglfing-Haar in den "Hungerhäusern". Auf Grund eines Erlasses des bayerischen Staatsministeriums des Inneren war ihnen vom Anstaltsdirektor eine fett- und eiweißlose Sonderkost verordnet worden. Einige Mitarbeiter versuchten, die entsprechenden Anweisungen zu unterlaufen. In der sogenannten Kinderfachabteilung, die von 1940 bis 1945 in Eglfing-Haar bestand, wurden etwa 330 Kinder durch Nahrungsentzug, Medikamentenüberdosierung oder auf andere Art und Weise getötet. Ärzte und Personal beteiligten sich entsprechend ihrer Einstellung in unterschiedlichem Maße. Die Angehörigen wurden durch falsche Angaben über die Todesursache im Unklaren gelassen. PFANNMÜLLER, der als Gutachter über den Tod von mehr als 4000 Kranken mitentschieden hatte, bemühte sich um eine wissenschaftliche Absicherung der "Euthanasie". Er setzte die Anordnungen der Regierung zur Tötung von Anstaltspatienten in die Tat um, weil er hoffte, nach dem Tod der unheilbar Kranken mehr Mittel zu einer wirkungsvollen Behandlung der heilbar erscheinenden zur Verfügung zu haben.

## Tabellen

Tab. 1: Die Direktoren in den Anstalten Eglfing und Haar bis  
1945 (1)

|                     |             |                          |
|---------------------|-------------|--------------------------|
| FRIEDRICH VOCKE     | 1905 - 1927 | Direktor in Eglfing      |
| FRANZ BLACHIAN      | 1912 - 1928 | Direktor in Haar         |
| FRITZ AST           | 1928 - 1930 | Direktor in Eglfing      |
|                     | 1931 - 1937 | Direktor in Eglfing-Haar |
| HERMANN PFANNMÜLLER | 1938 - 1945 | Direktor in Eglfing-Haar |

Tab. 2 : Die Krankenbewegung in der Heil- und Pflegeanstalt  
Eglfing 1905 - 1930 (2)

| Jahr | Stand<br>am 1.1. | Männer | Frauen | Zugänge | Abgänge | Zahl aller<br>Verpflegten |   |
|------|------------------|--------|--------|---------|---------|---------------------------|---|
| 1905 | 791              | 404    | 387    | 442     | 355     | 1233                      | 1 |
| 1906 | 878              | 442    | 436    | 583     | 455     | 1461                      |   |
| 1907 | 1006             | 511    | 495    | 563     | 494     | 1569                      |   |
| 1908 | 1075             | 553    | 522    | 555     | 476     | 1630                      |   |
| 1909 | 1154             | 589    | 565    | 556     | 484     | 1710                      |   |
| 1910 | 1226             | 615    | 611    | 592     | 518     | 1818                      |   |
| 1911 | 1300             | 654    | 646    | 584     | 510     | 1884                      |   |
| 1912 | 1374             | 685    | 689    | 612     | 883     | 1986                      | 2 |
| 1913 | 1103             | 549    | 554    | 517     | 442     | 1620                      |   |
| 1914 | 1178             | 598    | 580    | 434     | 398     | 1612                      |   |
| 1915 | 1214             | 615    | 599    | 523     | 498     | 1737                      |   |
| 1916 | 1239             | 611    | 628    | 443     | 489     | 1672                      |   |
| 1917 | 1183             | 547    | 636    | 416     | 503     | 1599                      |   |
| 1918 | 1096             | 515    | 581    | 400     | 586     | 1496                      |   |
| 1919 | 1010             | 438    | 572    | 370     | 387     | 1380                      |   |
| 1920 | 993              | 448    | 545    | 457     | 394     | 1450                      |   |
| 1921 | 1056             | 460    | 596    | 429     | 380     | 1485                      |   |
| 1922 | 1105             | 483    | 622    | 399     | 392     | 1504                      |   |
| 1923 | 1112             | 487    | 625    | 300     | 307     | 1412                      |   |
| 1924 | 1105             | 480    | 625    | 396     | 282     | 1501                      |   |
| 1925 | 1219             | 550    | 669    | 397     | 349     | 1616                      |   |
| 1926 | 1267             | 581    | 686    | 411     | 349     | 1678                      |   |
| 1927 | 1329             | 610    | 719    | 351     | 298     | 1680                      |   |
| 1928 | 1382             | 631    | 751    | 292     | 274     | 1674                      |   |
| 1929 | 1400             | 652    | 748    | 336     | 324     | 1736                      |   |
| 1930 | 1412             | 655    | 757    |         |         |                           | 3 |

Anm.: 1 bis Juli Kreis-Irrenanstalt München

2 Eröffnung der Heil- und Pflegeanstalt Haar im Oktober

3 zum Jahresende Vereinigung der Heil- und Pflegeanstalten Eglfing  
und Haar

Tab. 3 : Die Krankenbewegung in der Heil- und Pflegeanstalt Haar  
Haar 1913 - 1930 (3)

| Jahr | Stand<br>am 1.1. | Männer | Frauen | Zugänge | Abgänge | Zahl aller<br>Verpflegten |   |
|------|------------------|--------|--------|---------|---------|---------------------------|---|
| 1913 | 383              | 197    | 186    | 354     | 215     | 737                       |   |
| 1914 | 521              | 271    | 250    | 334     | 315     | 855                       | 1 |
| 1915 | 540              | 278    | 262    | 315     | 313     | 855                       |   |
| 1916 | 544              | 252    | 292    | 291     | 280     | 835                       | 1 |
| 1917 | 555              | 242    | 313    | 284     | 318     | 839                       |   |
| 1918 | 521              | 219    | 302    | 321     | 313     | 842                       |   |
| 1919 | 529              | 212    | 317    | 241     | 269     | 770                       |   |
| 1920 | 501              | 206    | 295    | 321     | 268     | 882                       |   |
| 1921 | 554              | 246    | 308    | 313     | 260     | 867                       |   |
| 1922 | 607              | 279    | 328    | 237     | 251     | 844                       |   |
| 1923 | 593              | 268    | 325    | 209     | 201     | 802                       |   |
| 1924 | 601              | 272    | 329    | 286     | 224     | 887                       |   |
| 1925 | 663              | 304    | 359    | 312     | 229     | 975                       |   |
| 1926 | 746              | 336    | 410    | 304     | 248     | 1050                      |   |
| 1927 | 802              | 365    | 437    | 239     | 234     | 1041                      |   |
| 1928 | 807              | 356    | 451    | 231     | 198     | 1038                      |   |
| 1929 | 840              | 371    | 469    | 241     | 202     | 1081                      |   |
| 1930 | 879              | 383    | 496    |         |         |                           | 2 |

Anm.: 1 Differenz zum Vorjahr im Original

2 zum Jahresende Vereinigung der Heil- und Pflegeanstalten Eglfing und Haar

Tab. 4 : Verpflegungssätze für Angehörige des Bezirks Oberbayern  
von 1927 bis 1937 (4)

|            | II. Klasse | III. Klasse | Fürsorge-<br>verbände | Kinder |
|------------|------------|-------------|-----------------------|--------|
| ab 1.11.27 | 5,50       | 4,-         | 3,80                  | 3,20   |
| 1.04.32    | 5,20       | 3,70        | 3,70                  | 2,50   |
| 1.07.32    | 5,20       | 3,70        | 3,50                  | 2,50   |
| 1.01.33    | 5,10       | 3,60        | 3,40                  | 2,40   |
| 1.01.34    | 5,10       | 3,60        | 3,-                   | 2,40   |
| 1.04.34    | 4,70       | 3,20        | 2,75                  | 2,-    |
| 1.04.37    | 4,70       | 3,-         | 2,70                  | 2,-    |

Tab. 5: Kostenausscheidung für den Krankenverpflegungstag, Pflegerquote, Beschäftigungsgrad in der Arbeitstherapie und Sterblichkeit in der Anstalt Eglfing-Haar (1913 - 1939 (5)

|      | Gesamt-<br>kosten<br>(Rpfl) | Personal-<br>kosten<br>(Rpfl) | davon<br>Löhne u.<br>Gehälter | Sach-<br>kosten<br>(Rpfl) | davon Ver-<br>pflegung u.<br>Getränke | Pflegerquote |        | Beschäftigungsgrad<br>i. d. Arbeitsthera-<br>pie (%) |        | Sterblichkeit<br>gesamt (%) |
|------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|--------------|--------|------------------------------------------------------|--------|-----------------------------|
|      |                             |                               |                               |                           |                                       | Männer       | Frauen | Männer                                               | Frauen |                             |
| 1913 | 397                         | 223                           |                               | 174                       | 94                                    |              |        |                                                      |        |                             |
| .... |                             |                               |                               |                           |                                       |              |        |                                                      |        |                             |
| 1924 | 354                         | 173                           |                               | 181                       | 108                                   |              |        |                                                      |        |                             |
| .... |                             |                               |                               |                           |                                       |              |        |                                                      |        |                             |
| 1929 | 422                         | 226                           |                               | 196                       | 108                                   |              |        |                                                      |        |                             |
| .... |                             |                               |                               |                           |                                       |              |        |                                                      |        |                             |
| 1931 | 397                         | 223                           | 204                           | 174                       | 95                                    | 1:5,0        | 1:4,58 | 84,4                                                 | 83,5   | 4,22                        |
| 1932 | 362                         | 222                           | 204                           | 140                       | 79                                    | 1:5,57       | 1:4,62 | 83,4                                                 | 85,3   | 4,20                        |
| 1933 | 345                         | 230                           | 205                           | 115                       | 57                                    | 1:5,57       | 1:4,79 | 83,2                                                 | 86,2   | 3,45                        |
| 1934 | 293                         | 177                           | 150                           | 116                       | 56                                    | 1:5,82       | 1:5,17 | 80,8                                                 | 87,2   | 3,89                        |
| 1935 | 290                         | 174                           | 149                           | 116                       | 61                                    | 1:6,17       | 1:5,39 | 80,0                                                 | 82,9   | 4,51                        |
| 1936 | 275                         | 163                           | 136                           | 108                       | 59                                    | 1:6,64       | 1:6,14 | 79,4                                                 | 82,8   | 4,66                        |
| 1937 | 274                         | 159                           | 130                           | 115                       | 59                                    | 1:6,75       | 1:6,14 | 76,9                                                 | 79,7   | 4,55                        |
| 1938 | 280                         | 165                           | 130                           | 115                       | 60                                    | 1:6,82       | 1:5,92 | 79,8                                                 | 81,0   | 4,82                        |
| 1939 | 271                         | 170                           | 133                           | 101                       | 54                                    | 1:7,35       | 1:6,37 | 69,7                                                 | 79,8   | 5,68                        |

Tab. 6 : Überblick über das Krankenpflegepersonal im Jahre 1931 (6)

Wechsel im Bestand

|                   | Pfleger | Pflegerinnen | zusammen |
|-------------------|---------|--------------|----------|
| Stand am 1.1.31   | 196     | 273          | 469      |
| Abgang            | 2       | 16           | 18       |
| Zugang            | 3       | 14           | 17       |
| Stand am 31.12.31 | 197     | 271          | 468      |

Abgang Pfleger: Pensionierung bei Dienstalter von 35 und 36 Jahren

Abgang Pflegerinnen: 8 Heirat, 3 Krankheit, 3 Übertritt in anderen Dienst, 2 Kündigung vom Arbeitgeber

Lebensalter

|               |    |     |     |
|---------------|----|-----|-----|
| 18 - 25 Jahre | 7  | 125 | 132 |
| 26 - 30 Jahre | 24 | 81  | 105 |
| 31 - 40 Jahre | 33 | 32  | 65  |
| 41 - 50 Jahre | 96 | 27  | 123 |
| 51 - 60 Jahre | 36 | 6   | 42  |
| 61 - 65 Jahre | 1  | -   | 1   |

Dienstalter

|               |    |    |    |
|---------------|----|----|----|
| unter 1 Jahr  | 3  | 13 | 16 |
| 1 - 3 Jahre   | 6  | 69 | 75 |
| 3 - 5 Jahre   | 9  | 62 | 71 |
| 5 - 8 Jahre   | 21 | 60 | 81 |
| 8 - 15 Jahre  | 49 | 30 | 79 |
| 15 - 25 Jahre | 70 | 28 | 98 |
| 25 - 29 Jahre | 26 | 5  | 31 |
| über 30 Jahre | 13 | 4  | 17 |

|                    |    |     |     |
|--------------------|----|-----|-----|
| Staatliche Prüfung | 82 | 101 | 183 |
|--------------------|----|-----|-----|

Tab. 7 : Die Krankenzugangsbewegung in der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar 1930 - 1945 ( 7 )

| Jahr | Stand<br>am 1.1. | Männer | Frauen | Zugänge | Abgänge | Zahl aller<br>Verpflegten |   |
|------|------------------|--------|--------|---------|---------|---------------------------|---|
| 1930 | 2291             | 1038   | 1253   | 574     | 534     | 2865                      |   |
| 1931 | 2331             | 1079   | 1252   | 510     | 493     | 2841                      |   |
| 1932 | 2348             | 1110   | 1238   | 484     | 504     | 2832                      |   |
| 1933 | 2328             | 1096   | 1232   | 500     | 493     | 2828                      |   |
| 1934 | 2335             | 1083   | 1252   | 628     | 395     | 2963                      |   |
| 1935 | 2568             | 1196   | 1372   | 688     | 592     | 3256                      |   |
| 1936 | 2664             | 1260   | 1404   | 788     | 772     | 3452                      |   |
| 1937 | 2680             | 1277   | 1403   | 837     | 766     | 3517                      |   |
| 1938 | 2751             | 1312   | 1439   | 755     | 689     | 3506                      |   |
| 1939 | 2831             | 1379   | 1452   | 775     | 731     | 3606                      |   |
| 1940 | 2861             | 1396   | 1465   | 660     | 1528    | 3521                      | 1 |
| 1941 | 1993             | 908    | 1085   | 2076    | 1230    | 4069                      |   |
| 1942 | 2839             | 1245   | 1594   | 881     | 818     | 3720                      |   |
| 1943 | 3023             | 1365   | 1658   | 1427    | 1129    | 4450                      | 2 |
| 1944 | 3321             | 1607   | 1714   | 827     | 1151    | 4148                      |   |
| 1945 | 2997             | 1335   | 1662   |         |         |                           |   |

Anm.: 1 Angaben ab 1940 in den Jahresberichten möglicherweise gefälscht, um das wahre Ausmaß der sog. "Euthanasie" psychisch kranker Menschen zu verschleiern

2 121 Insassen (96 Männer, 25 Frauen) der aufgelösten Heil- und Pflegeanstalt Gabersee dazugezählt

Tab. 8 : Überblick über die Krankenbewegung im Jahre 1931 (8)

Wechsel im Bestand

|                        | Männer | Frauen | zusammen |
|------------------------|--------|--------|----------|
| Stand am 1.1.31        | 1079   | 1252   | 2331     |
| Zugang                 | 242    | 268    | 510      |
| Zahl aller Verpflegten | 1321   | 1520   | 2841     |
| Abgang                 | 211    | 282    | 493      |
| Stand am 31.12.31      | 1110   | 1238   | 2348     |

Aufnahmebezirke der Zugänge

|                             |     |     |     |
|-----------------------------|-----|-----|-----|
| München Stadt               | 162 | 202 | 364 |
| Bezirksämter                | 47  | 46  | 93  |
| Aufnahmegebiet Gabersee     | 9   | 4   | 13  |
| andere bayerische Kreise    | 5   | 4   | 9   |
| übriges Deutschland         | 4   | 4   | 8   |
| Ausland                     | 10  | 5   | 15  |
| ohne Unterstützungswohnsitz | 5   | 3   | 8   |

Zugänge überführt

|                              |     |     |     |
|------------------------------|-----|-----|-----|
| von anderen Anstalten        | 19  | 17  | 36  |
| aus Kliniken                 | 172 | 155 | 327 |
| aus Krankenhäusern           | 24  | 65  | 89  |
| von den Angehörigen gebracht | 27  | 31  | 58  |

Aufnahme veranlaßt

|                                                              |     |     |     |
|--------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| gem. Art. 80/II PStGB eingewiesen                            | 131 | 102 | 233 |
| gem. § 81 StPO                                               | 1   | -   | 1   |
| von sonstigen Behörden                                       | 10  | 4   | 14  |
| auf Antrag der Angehörigen                                   | 96  | 161 | 257 |
| durch freiwillige Meldung                                    | -   | 1   | 1   |
| nach Vollendung des 15. LJ aus dem Kinderhaus Haar überführt | 4   | -   | 4   |

### Lebensalter der Zugänge

|               |    |     |     |
|---------------|----|-----|-----|
| 0 - 15 Jahre  | 6  | -   | 6   |
| 16 - 30 Jahre | 79 | 77  | 156 |
| 31 - 45 Jahre | 66 | 102 | 168 |
| 46 - 60 Jahre | 62 | 56  | 118 |
| über 60 Jahre | 29 | 33  | 62  |

### Beruf und Stand der Zugänge

|                                  |    |     |     |
|----------------------------------|----|-----|-----|
| Bauernstand                      | 23 | 10  | 33  |
| Handwerkerstand                  | 86 | 37  | 123 |
| Kaufmannsstand                   | 21 | 23  | 44  |
| Beamte und sonstige akad. Berufe | 42 | 38  | 80  |
| Arbeiterstand                    | 20 | 20  | 40  |
| sonstige Berufe                  | 30 | 112 | 142 |
| ohne festen Beruf                | 20 | 28  | 48  |

### Familienstand der Zugänge

|             |     |     |     |
|-------------|-----|-----|-----|
| ledig       | 139 | 151 | 290 |
| verheiratet | 76  | 76  | 152 |
| verwitwet   | 16  | 25  | 41  |
| geschieden  | 11  | 16  | 27  |

### Entlassungen

|                                  |     |     |     |
|----------------------------------|-----|-----|-----|
| geheilt                          | -   | 1   | 1   |
| gebessert                        | 111 | 156 | 267 |
| ungeheilt                        | 7   | 19  | 26  |
| in andere Anstalten überführt    |     |     |     |
| a. in Heil- und Pflegeanstalten  | 15  | 21  | 36  |
| b. in caritative Pflegeanstalten | 28  | 15  | 43  |

Dauer des Anstaltsaufenthaltes der als geheilt, gebessert und ungeheilt Entlassenen

|                  |    |    |    |
|------------------|----|----|----|
| bis zu 3 Monaten | 30 | 47 | 77 |
| bis zu 6 Monaten | 29 | 39 | 68 |
| bis zu 9 Monaten | 16 | 18 | 34 |
| bis zu 1 Jahr    | 10 | 13 | 23 |
| bis zu 2 Jahren  | 22 | 30 | 52 |
| mehr als 2 Jahre | 11 | 29 | 40 |

Sterblichkeit

|                                        |      |      |        |
|----------------------------------------|------|------|--------|
| auf die Zahl aller Verpflegten bezogen | 3,79 | 4,61 | 4,22 % |
|----------------------------------------|------|------|--------|

Verpflegungskostenträger (Stand 31.12.31)

|                                                            |      |      |      |
|------------------------------------------------------------|------|------|------|
| in der II. Klasse                                          | 22   | 44   | 66   |
| in der III. Klasse                                         | 1088 | 1194 | 2282 |
| davon:                                                     |      |      |      |
| aus privaten Mitteln (einschließlich Krankenkassen)        | 141  | 153  | 294  |
| teilweise Freiplätze hatten                                | 2    | 1    | 3    |
| aus öffentlichen Mitteln (Heimatgemeinde, Fürsorgeverband) | 945  | 1040 | 1985 |

Tab. 9 : Die Krankenbewegung im Kinderhaus der Anstalt Haar bzw. Egl-  
fing-Haar 1913 - 1944 ( 9 )

| Jahr | Stand<br>am 1.1. | Knaben | Mädchen | Zugänge | Abgänge | Zahl aller<br>Verpflegten |   |
|------|------------------|--------|---------|---------|---------|---------------------------|---|
| 1913 | 1                | 1      | 0       | 67      | 44      | 68                        |   |
| 1914 | 25               | 15     | 10      | 55      | 41      | 80                        | 1 |
| 1915 | 39               | 25     | 14      | 46      | 37      | 85                        |   |
| 1916 | 48               | 30     | 18      | 66      | 59      | 114                       |   |
| 1917 | 55               | 48     | 7       | 91      | 78      | 146                       |   |
| 1918 | 68               | 53     | 15      | 71      | 71      | 139                       |   |
| 1919 | 68               | 59     | 9       | 51      | 57      | 119                       |   |
| 1920 | 62               | 49     | 13      | 81      | 74      | 143                       |   |
| 1921 | 69               | 48     | 21      | 63      | 68      | 132                       |   |
| 1922 | 64               | 41     | 23      | 49      | 64      | 113                       |   |
| 1923 | 49               | 32     | 17      | 38      | 35      | 87                        |   |
| 1924 | 52               | 32     | 20      | 58      | 43      | 110                       |   |
| 1925 | 67               | 41     | 26      | 78      | 89      | 145                       |   |
| 1926 | 56               | 33     | 23      | 45      | 54      | 101                       |   |
| 1927 | 47               | 30     | 17      | 65      | 58      | 112                       |   |
| 1928 | 54               | 30     | 24      | 67      | 74      | 121                       |   |
| 1929 | 47               | 31     | 16      | 59      | 65      | 106                       |   |
| 1930 | 41               | 30     | 11      | 58      | 58      | 99                        |   |
| 1931 | 41               | 27     | 14      | 50      | 42      | 91                        |   |
| 1932 | 49               | 30     | 19      | 43      | 44      | 92                        |   |
| 1933 | 48               | 24     | 24      | 49      | 54      | 97                        |   |
| 1934 | 43               | 28     | 15      | 47      | 38      | 90                        |   |
| 1935 | 52               | 29     | 23      | 41      | 45      | 93                        |   |
| 1936 | 48               | 28     | 20      | 34      | 31      | 82                        |   |
| 1937 | 51               | 28     | 23      | 54      | 64      | 105                       |   |
| 1938 | 41               | 21     | 20      | 34      | 36      | 75                        |   |
| 1939 | 39               | 23     | 16      | 41      | 47      | 80                        |   |
| 1940 | 33               | 17     | 16      | 68      | 44      | 101                       |   |
| 1941 | 57               | 35     | 22      | 118     | 107     | 175                       |   |
| 1942 | 68               | 44     | 24      | 176     | 142     | 244                       |   |
| 1943 | 102              | 63     | 39      | 162     | 141     | 264                       |   |
| 1944 | 123              | 75     | 48      |         |         |                           |   |

Anm.: 1 Differenz zum Vorjahr im Original

Tab. 10: Krankheitsformen in der Anstalt Eglfing-Haar (Stand: 31.12.31) (10)

|                                                                                                                                                                         | M   | F   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1. Angeborene und früh erworbene Schwachsinnzustände<br>(Idiotie und Imbezillität)                                                                                      |     |     |
| a. ohne nachweisbare Ursache                                                                                                                                            | 63  | 38  |
| b. infolge von Gehirnschädigung                                                                                                                                         | 16  | 6   |
| c. Kretinismus                                                                                                                                                          | -   | 2   |
| 2. Psychische Störungen nach Gehirnverletzungen<br>(Gehirnerschütterungen und Gehirnquetschungen)                                                                       |     |     |
| a. akute traumatische Psychose                                                                                                                                          | -   | -   |
| b. traumatische Folgezustände                                                                                                                                           | 4   | 1   |
| 3. Progressive Paralyse                                                                                                                                                 | 91  | 36  |
| 4. Psychische Störungen bei Lues cerebri und Tabes                                                                                                                      | 10  | 2   |
| 5. Enzephalitis epidemica                                                                                                                                               | 14  | 9   |
| 6. Psychische Störungen des höheren Lebensalters                                                                                                                        |     |     |
| a. arteriosklerotische Formen                                                                                                                                           | 23  | 17  |
| b. praesenile Formen (depressive u. paranoide Bilder)                                                                                                                   | -   | 4   |
| c. senile Formen                                                                                                                                                        | 6   | 20  |
| d. andere Formen (Alzheimer, Pick u.a.)                                                                                                                                 | 1   | -   |
| 7. Huntingtonsche Chorea                                                                                                                                                | -   | 1   |
| 8. Psychische Störungen bei anderen Hirnkrankheiten<br>(Tumor, multiple Sklerose usw.)                                                                                  | 1   | 5   |
| 9. Psychische Störungen bei akuten Infektionen, Erkrankungen<br>innerer Organe, bei Allgemeinerkrankungen und Kachexien<br>("symptomatische Psychosen" im engeren Sinn) |     |     |
| a. bei Infektionskrankheiten (einschl. Chorea minor)                                                                                                                    | 4   | 2   |
| b. bei Erkrankungen innerer Organe                                                                                                                                      | -   | 1   |
| c. Basedow, Myxödem, Tetanie und andere endokrine Erkrankungen mit Ausnahme des Kretinismus                                                                             | -   | -   |
| 10. Alkoholismus                                                                                                                                                        |     |     |
| a. Rauschzustände                                                                                                                                                       | 7   | 1   |
| b. chronischer Alkoholismus (Eifersuchtswahn usw.)                                                                                                                      | 33  | 1   |
| c. Delirium tremens und Halluzinose                                                                                                                                     | 8   | -   |
| d. Korsakoff'sche Psychose                                                                                                                                              | 9   | 2   |
| 11. Morphinismus, Cocainismus und verwandte Suchten                                                                                                                     | 1   | 2   |
| 12. Psychische Störungen bei Vergiftungen                                                                                                                               | -   | -   |
| 13. Epilepsie ohne nachweisbare Ursache                                                                                                                                 | 67  | 50  |
| 14. Schizophrener Formenkreis                                                                                                                                           | 646 | 854 |

|                                                                                         | M    | F    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| 15. Manisch-depressiver Formenkreis                                                     |      |      |
| a. manische und depressive Phasen                                                       | 48   | 116  |
| b. hypomanische, depressive u. zylothyme Konstitution                                   | -    | 2    |
| 16. Psychopathische Persönlichkeiten (1)                                                | 49   | 30   |
| 17. Abnorme Reaktionen (1)                                                              |      |      |
| a. paranoide Reaktion u. paranoide Entwicklung                                          | 4    | 14   |
| b. hysterische Reaktionen                                                               | 1    | 17   |
| c. Haftreaktionen                                                                       | -    | 4    |
| d. Renten neurosen                                                                      | 1    | -    |
| e. induziertes Irresein                                                                 | -    | -    |
| 18. Psychopathische Kinder und Jugendliche<br>(bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) | 3    | -    |
| 19. Ungeklärte Fälle                                                                    | -    | 1    |
| 20. Nervenkrank ohne psychische Störungen                                               | -    | -    |
| Sämtliche Formen                                                                        | 1110 | 1238 |
| 21. Außerdem: nicht nervenkrank und frei von psychischen<br>Abweichungen                | -    | -    |

Anm.: 1 Kinder und Jugendliche unter 18. aufgeführt

Tab. 11: Die Beschäftigung der Kranken in der Arbeitstherapie  
(Stand: 31.12.31) (11)

| beschäftigt                                       | Männer | Frauen | zusammen |
|---------------------------------------------------|--------|--------|----------|
| mit Hausarbeit                                    | 36     | 72     | 108      |
| in den Werkstätten                                | 51     | -      | 51       |
| in der Hausindustrie (Tütenkleben usw.)           | 443    | 93     | 536      |
| mit weiblichen Handarbeiten                       | -      | 449    | 449      |
| im Garten und den Anlagen                         | 251    | 25     | 276      |
| auf dem Gutshof                                   | 38     | 16     | 54       |
| im Bereich der Betriebsleitung                    | 44     | -      | 44       |
| in Küche und Waschhaus                            | 30     | 139    | 169      |
| andersweitig                                      | 44     | 227    | 271      |
|                                                   | 937    | 1021   | 1958     |
| nicht beschäftigt                                 |        |        |          |
| 1. aus körperlichen Gründen<br>(Alter, Krankheit) | 53     | 75     | 128      |
| 2. aus psychischen Gründen                        |        |        |          |
| a. Erregungszustände, Stupor                      | 36     | 49     | 85       |
| b. Depressionszustände                            | 7      | 7      | 14       |
| c. sonstige refraktäre Fälle                      | 72     | 37     | 109      |
|                                                   | 168    | 168    | 336      |
| im Durchschnitt beschäftigt                       | 82,1   | 83,5   | 82,9 %   |

Tab. 12: Die Krankenbewegung in der Beratungsstelle für psychisch Kranke in München 1925 - 1937 (12)

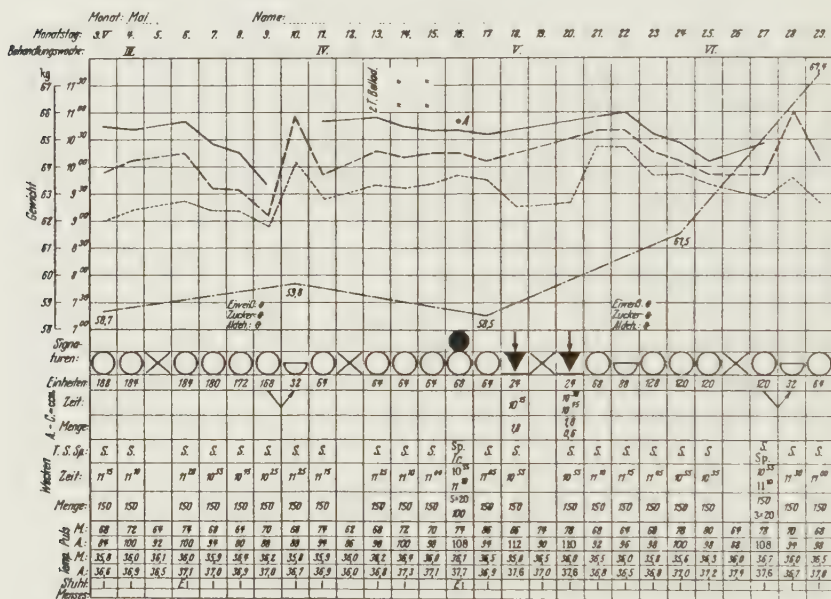
| Berichtsjahr      | Stand am Ende<br>des Berichts-<br>jahres | Zahl aller<br>Betreuten | Männer | Frauen | Zugänge | früher in<br>Anstalts-<br>behandlung |
|-------------------|------------------------------------------|-------------------------|--------|--------|---------|--------------------------------------|
| 5.5.25 - 4.5.26   | 326                                      | 368                     | 199    | 169    | 191     | 73,8 %                               |
| 1.4.26 - 31.3.27  | 424                                      | 487                     | 239    | 248    | 222     | 81,5 %                               |
| 1.4.27 - 31.3.28  | 540                                      | 597                     | 281    | 316    | 299     | 70,5 %                               |
| 1.4.28 - 31.3.29  | 613                                      | 666                     | 292    | 374    | 270     | 60,7 %                               |
| 1.4.29 - 31.3.30  | 924                                      | 981                     | 454    | 527    | 288     | 69,4 %                               |
| 1.4.30 - 31.3.31  | 1042                                     | 1089                    | 494    | 595    | 320     | 48,4 %                               |
| 1.1.31 - 31.12.31 | 886                                      | 1142                    | 501    | 641    | 303     | 76,1 %                               |
| 1.1.32 - 31.12.32 | 1145                                     | 1540                    | 636    | 904    | 427     | 70,1 %                               |
| 1.1.33 - 31.12.33 | 1133                                     | 1562                    | 640    | 922    | 417     | 63,5 %                               |
| 1.1.34 - 31.12.34 | 1188                                     | 1622                    | 631    | 991    | 489     | 65,2 %                               |
| 1.1.35 - 31.12.35 | 1263                                     | 1771                    | 658    | 1153   | 583     | 62,3 %                               |
| 1.1.36 - 31.12.36 | 1353                                     | 2002                    | 729    | 1273   | 739     | 63,1 %                               |
| 1.1.37 - 31.12.37 | 1327                                     | 1992                    | 735    | 1257   | 639     | 57,8 %                               |

Ann.: 1 bis 31.3.31 beziehen sich die Prozentangaben nur auf die Zugänge, ab 1.1.31 auf die Zahl aller Betreuten  
 2 Unterschied zum Vorjahr durch Neuordnung der Kartothek  
 3 ab 1.6.38 vom Gesundheitsamt München übernommen

Tab. 13: Krankheitsformen in der Beratungsstelle für psychisch Kranke  
in München im Jahre 1931 (13)

|                                                                                    | zus. | %     |
|------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|
| 1. Angeborene und früh erworbene Schwachsinnzustände<br>(Idiotie und Imbezillität) | 59   | 5,17  |
| 3. Progressive Paralyse                                                            | 64   | 5,60  |
| 4. Psychische Störungen bei Lues cerebri und Tabes                                 | 10   | 0,88  |
| 6. Psychische Störungen des höheren Lebensalters                                   | 48   | 4,20  |
| 10. Alkoholismus                                                                   | 63   | 5,52  |
| 13. Epilepsie ohne nachweisbare Ursache                                            | 60   | 5,25  |
| 14. Schizophrener Formenkreis                                                      | 469  | 41,07 |
| 15. Manisch-depressiver Formenkreis                                                | 77   | 6,74  |
| 16. Psychopathische Persönlichkeiten                                               | 226  | 19,79 |
| 17. Abnorme Reaktionen                                                             | 28   | 2,44  |
| 18. Psychopathische Kinder und Jugendliche                                         | 1    | 0,09  |

Tab. 14: Die Insulinkurve der Insulinstation Eglfing-Haar (14)



Zeichenerklärung:

- |           |                                               |
|-----------|-----------------------------------------------|
| _____     | Shocklinie                                    |
| — — — — — | Halbshocklinie                                |
| -----     | Somnolenzlinie                                |
| — . — . — | Körpergewichtskurve                           |
| o         | Halbshock                                     |
| 0         | Shock                                         |
| ●         | Anfall                                        |
| ▼         | künstlich gesetzter Anfall                    |
| X         | Schontag                                      |
| ↗         | Shockdosis durch Zick-Zack-Methode verringert |

Tab. 15: Gesamtübersicht über die behandelten Schizophrenie-Patienten (15)

|                                                | Summe  | Männer | Frauen |
|------------------------------------------------|--------|--------|--------|
| A. Zahl der in Behandlung genommener Patienten | 563    | 230    | 333    |
| B. Behandlung vorzeitig abgebrochen            | 31     | 16     | 15     |
| C. Insulintod                                  | 2      | 1      | 1      |
| D. Zahl der abgeschlossenen Behandlungsfälle   | 530    | 213    | 317    |
| Davon:                                         |        |        |        |
| a. vom Schub geheilt                           | 220    | 91     | 129    |
|                                                | 41,3 % | 42,7 % | 40,7 % |
| b. gebessert                                   | 192    | 73     | 119    |
|                                                | 36,2 % | 34,3 % | 37,5 % |
| c. beeinflusst (a + b)                         | 412    | 164    | 248    |
|                                                | 77,7 % | 77,0 % | 78,2 % |
| d. unbeeinflusst                               | 118    | 49     | 69     |
|                                                | 22,3 % | 23,0 % | 21,8 % |

Tab. 16: Die therapeutische Ansprechbarkeit der schizophrenen Untergruppen.  
Gesamtkrankengut (16)

|                            | Gesamtzahl |      | Erkrankungsdauer |      |             |      |
|----------------------------|------------|------|------------------|------|-------------|------|
|                            |            |      | bis 1 Jahr       |      | über 1 Jahr |      |
|                            |            | %    |                  | %    |             | %    |
| Paranoide                  | 185        |      | 102              |      | 83          |      |
| vom Schub geheilt          | 79         | 42,7 | 59               | 57,8 | 20          | 24,1 |
| überhaupt beeinflusst      | 144        | 77,8 | 93               | 91,1 | 51          | 61,4 |
| Kataton - Erregte          | 161        |      | 95               |      | 66          |      |
| vom Schub geheilt          | 83         | 51,5 | 63               | 66,3 | 20          | 30,3 |
| überhaupt beeinflusst      | 135        | 83,8 | 88               | 92,6 | 47          | 71,2 |
| Kataton - Stuporöse        | 77         |      | 45               |      | 32          |      |
| vom Schub geheilt          | 39         | 50,6 | 25               | 55,5 | 14          | 43,7 |
| überhaupt beeinflusst      | 61         | 79,2 | 38               | 84,5 | 23          | 71,9 |
| Hebephrene (u. Restgruppe) | 107        |      | 50               |      | 57          |      |
| vom Schub geheilt          | 19         | 17,7 | 13               | 26,0 | 6           | 10,5 |
| überhaupt beeinflusst      | 72         | 67,3 | 39               | 78,0 | 33          | 57,9 |

Tab. 17: Krankheitsformen bei den neu aufgenommenen Patienten des Jahres 1931 "mit Nachweis der Erbllichkeit" (17)

|                                                                                  | Zugänge insgesamt |     | davon |   | "Erblichkeit nachgewiesen" |   |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----|-------|---|----------------------------|---|
|                                                                                  | M                 | F   | M     | F | M                          | F |
| 1. Angeborene und früh erworbene Schwachsinnszustände (Idiotie und Imbezillität) |                   |     |       |   |                            |   |
| a. ohne nachweisbare Ursache                                                     | 11                | 7   | 4     |   | 5                          |   |
| 3. Progressive Paralyse                                                          | 22                | 13  | 1     |   | 1                          |   |
| 5. Encephalitis epidemica                                                        | 5                 | 1   | 1     |   |                            |   |
| 6. Psychische Störungen des höheren Lebensalters                                 |                   |     |       |   |                            |   |
| a. arteriosklerotische Formen                                                    | 14                | 12  | 4     |   |                            |   |
| b. senile Formen                                                                 | 3                 | 7   |       |   | 1                          |   |
| 7. Huntingtonsche Chorea                                                         | 1                 | 1   | 1     |   |                            |   |
| 10. Alkoholismus                                                                 |                   |     |       |   |                            |   |
| b. chronischer Alkoholismus                                                      | 15                | 1   | 1     |   | 1                          |   |
| 13. Epilepsie ohne nachweisbare Ursache                                          | 5                 | 11  | 1     |   | 3                          |   |
| 14. Schizophrener Formenkreis                                                    | 124               | 157 | 36    |   | 49                         |   |
| 15. Manisch-depressiver Formenkreis                                              |                   |     |       |   |                            |   |
| a. manische und depressive Phasen                                                | 8                 | 25  | 4     |   | 8                          |   |
| 16. Psychopathische Persönlichkeiten                                             | 17                | 21  | 3     |   | 7                          |   |
| 17. Abnorme Reaktion                                                             |                   |     |       |   |                            |   |
| a. paranoide Reaktion u. paranoide Entwicklung                                   | 3                 | 2   |       |   | 1                          |   |
| 18. Psychopathische Kinder und Jugendliche                                       | 2                 |     | 1     |   |                            |   |

Tab. 18: Erhebung über Patienten der Anstalt Eglfing-Haar, die am Stichtag 19.9.33 unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses fielen (18)

Relative Häufigkeit der einzelnen Krankheitsbilder

|                                              |          |
|----------------------------------------------|----------|
| Schwachsinn (einschl. "debile Psychopathie") | etwa 9 % |
| Schizophrenie                                | 60 %     |
| zirkuläres Irresein                          | 7,5 %    |
| Epilepsie                                    | 4 %      |
| schwerer Alkoholismus                        | 4 %      |

(die übrigen als erbbedingt verstandenen Erkrankungen waren ohne Bedeutung)

|                                               | Männer | Frauen | Summe |
|-----------------------------------------------|--------|--------|-------|
| Krankenstand am 19.9.33                       | 1060   | 1204   | 2264  |
| davon fielen nicht unter das Gesetz           | 153    | 71     | 224   |
| Rest                                          | 907    | 1133   | 2040  |
| davon nicht mehr fortpflanzungsfähig          |        |        |       |
| a) aus körperlichen Gründen (Menopause)       | 36     | 408    | 444   |
| b) wegen dauernder Anstaltsbedürftigkeit      | 451    | 433    | 884   |
| von der Sterilisierung betroffen waren        | 420    | 292    | 712   |
| davon wegen                                   |        |        |       |
| 1. angeborenen Schwachsinns - sichere Fälle   | 52     | 31     | 83    |
| fragliche Fälle                               | 6      | 9      | 15    |
| 2. Schizophrenie - sichere Fälle              | 292    | 206    | 498   |
| fragliche Fälle                               | 8      | 17     | 25    |
| 3. zirkulären Irresein - sichere Fälle        | 15     | 5      | 20    |
| fragliche Fälle                               | 3      | 5      | 8     |
| 4. erblicher Fallsucht - sichere Fälle        | 24     | 18     | 42    |
| fragliche Fälle                               | 1      | -      | 1     |
| 5. erblicher Veitstanz                        | -      | 1      | 1     |
| 6. erblicher Blindheit                        | -      | -      | -     |
| 7. erblicher Taubheit                         | -      | -      | -     |
| 8. erblicher schwerer körperlicher Mißbildung | -      | -      | -     |
| 9. schweren Alkoholismus - sichere Fälle      | 18     | -      | 18    |
| fragliche Fälle                               | 1      | -      | 1     |
| Entlassungsfähig nach einer Sterilisierung    | 2      | -      | 2     |

Tab. 19: Von der Anstalt Eglfing-Haar gestellte Anträge auf Sterilisierung psychisch kranker Menschen 1934 - 1938 (19)

|       | Männer | Frauen | Summe |                                |
|-------|--------|--------|-------|--------------------------------|
| 1934  | 102    | 98     | 200   | ein weiterer Antrag freiwillig |
| 1935  | 42     | 44     | 86    |                                |
| 1936  | 46     | 54     | 100   |                                |
| 1937  | 26     | 29     | 55    |                                |
| 1938  | 41     | 29     | 70    |                                |
| <hr/> |        |        |       |                                |
|       | 257    | 254    | 511   |                                |

Zu den folgenden Jahren liegen keine Angaben vor.

Tab. 20: Statistische Angaben zu 660 Frauen, die von 1934 - 1940 in der Anstalt Eglfing-Haar sterilisiert wurden (20)

|                                           |                                                                                |     |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Alter:                                    | 11 - 15 Jahre                                                                  | 1   |
|                                           | 16 - 20 Jahre                                                                  | 46  |
|                                           | 21 - 25 Jahre                                                                  | 115 |
|                                           | 26 - 30 Jahre                                                                  | 153 |
|                                           | 31 - 35 Jahre                                                                  | 179 |
|                                           | 36 - 40 Jahre                                                                  | 123 |
|                                           | 41 - 45 Jahre                                                                  | 43  |
| Diagnose:                                 | Angeborener Schwachsinn                                                        | 95  |
|                                           | Schizophrenie                                                                  | 516 |
|                                           | Zirkuläres Irresein                                                            | 18  |
|                                           | Erbliche Fallsucht                                                             | 26  |
|                                           | Erblicher Veitstanz                                                            | 1   |
|                                           | Erbliche Blindheit                                                             | 1   |
|                                           | Erbliche Taubheit                                                              | 1   |
|                                           | Schwerer Alkoholismus                                                          | 2   |
| Beruf:                                    | Hausangestellte                                                                | 254 |
|                                           | Hausfrauen                                                                     | 110 |
|                                           | Berufslos                                                                      | 107 |
|                                           | Arbeiterinnen                                                                  | 62  |
|                                           | Büroangestellte                                                                | 42  |
|                                           | Näherinnen                                                                     | 20  |
|                                           | Andere                                                                         | 31  |
|                                           | (Lehrerinnen, Sängerinnen, Schauspielerinnen, Schülerinnen, Artistinnen, u.a.) |     |
| Familienstand:                            | ledig                                                                          | 522 |
|                                           | verheiratet                                                                    | 113 |
|                                           | geschieden                                                                     | 19  |
|                                           | verwitwet                                                                      | 6   |
| Geburten:                                 | kein Kind                                                                      | 415 |
|                                           | 1 Kind                                                                         | 88  |
|                                           | 2 Kinder                                                                       | 35  |
|                                           | 3 Kinder                                                                       | 16  |
|                                           | 4 Kinder                                                                       | 7   |
|                                           | mehr als 4 Kinder                                                              | 6   |
|                                           | (keine Angaben                                                                 | 93) |
| Die Zahl der Kinder betrug insgesamt 270. |                                                                                |     |

Tab. 21: Das Ausmaß der in der Anstalt Eglfing-Haar von 1934 bis 1943 durchgeführten Sterilisierungen von psychisch kranken Menschen (21)

| Diagnose                          | 1934     |     | 1935       |     | 1936       |     | 1937       |     | 1938      |     |
|-----------------------------------|----------|-----|------------|-----|------------|-----|------------|-----|-----------|-----|
|                                   | M/F      | S   | M/F        | S   | M/F        | S   | M/F        | S   | M/F       | S   |
| Angeborener Schwachsinn           | 13<br>9  | 22  | 57<br>38   | 95  | 42<br>24   | 66  | 23<br>10   | 33  | 14<br>8   | 22  |
| Schizophrenie                     | 66<br>42 | 108 | 98<br>108  | 206 | 99<br>124  | 223 | 101<br>116 | 217 | 79<br>72  | 151 |
| Zirkuläres Irresein               | 6<br>1   | 7   | 3<br>1     | 4   | 4<br>3     | 7   | 2<br>-     | 2   | 4<br>1    | 5   |
| Erbliche Fallsucht                | 8<br>1   | 9   | 14<br>9    | 23  | 13<br>9    | 22  | 8<br>3     | 11  | 2<br>6    | 8   |
| Erblicher Veitstanz               | -<br>-   | -   | -<br>-     | -   | -<br>-     | -   | -<br>-     | -   | -<br>-    | -   |
| Erbliche Blindheit                | 1<br>-   | 1   | 1<br>-     | 1   | 1<br>-     | 1   | -<br>-     | -   | -<br>-    | -   |
| Erbliche Taubheit                 | -<br>-   | -   | 1<br>-     | 1   | 2<br>-     | 2   | 1<br>-     | 1   | -<br>-    | 1   |
| Schwere erbliche körp. Mißbildung | -<br>-   | -   | -<br>-     | -   | -<br>-     | -   | 1<br>-     | 1   | -<br>-    | -   |
| Schwerer Alkoholismus             | 3<br>-   | 3   | 18<br>2    | 20  | 28<br>-    | 28  | 16<br>-    | 16  | 9<br>-    | 9   |
| <hr/>                             |          |     |            |     |            |     |            |     |           |     |
|                                   | 97<br>53 | 150 | 192<br>158 | 350 | 189<br>160 | 349 | 152<br>129 | 281 | 108<br>87 | 195 |
| davon: aus anderen Anstalten      |          | 27  | 65<br>35   | 100 | 26<br>13   | 39  |            | 27  |           | 16  |

Anm.: M Männer F Frauen S Summe Ø keine Angaben

| 1939     |     | 1940     |    | 1941     |    | 1942     |    | 1943     |    | Gesamt:<br>1934 - 1943 |      |
|----------|-----|----------|----|----------|----|----------|----|----------|----|------------------------|------|
| M/F      | S   | M/F      | S  | M/F      | S  | M/F      | S  | M/F      | S  | M/F                    | S    |
| 9<br>7   | 16  |          | 4  | 6<br>6   | 12 | 1<br>9   | 10 |          | 5  | -                      | 285  |
| 64<br>46 | 110 |          | 35 | 43<br>21 | 64 | 29<br>16 | 45 |          | 44 |                        | 1203 |
| 5<br>6   | 11  |          | -  |          | -  |          | -  |          | -  |                        | 36   |
| 6<br>-   | 6   |          | -  | 4<br>2   | 6  | 2<br>-   | 2  |          | -  |                        | 87   |
| -<br>-   | -   | Ø        | -  | -<br>-   | -  | -<br>-   | -  | Ø        | -  |                        | -    |
| -<br>-   | -   |          | -  | -<br>-   | -  | -<br>-   | -  |          | -  |                        | 3    |
| -<br>-   | -   |          | -  | -<br>-   | -  | -<br>-   | -  |          | -  |                        | 4    |
| -<br>-   | -   |          | -  | -<br>-   | -  | -<br>-   | -  |          | -  |                        | 1    |
| 3<br>1   | 4   |          | -  | 2<br>-   | 2  | 1<br>-   | 1  |          | -  |                        | 84   |
| <hr/>    |     |          |    |          |    |          |    |          |    |                        |      |
| 87<br>60 | 147 | 29<br>11 | 40 | 55<br>29 | 84 | 33<br>25 | 58 | 19<br>30 | 49 | 961<br>742             | 1703 |
|          | 6   |          | Ø  |          | Ø  |          | Ø  |          | Ø  |                        |      |

Tab. 22: Annähernder Umfang der Gutachtertigkeit von Direktor PFANNMÜLLER für die "Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten" vom 12.11.40 bis 3.6.41 (22)

| Datum         | Laufende Nummer                        | Anzahl         | aus der Anstalt                         | zurückgesandt am |
|---------------|----------------------------------------|----------------|-----------------------------------------|------------------|
| 12. Nov. 1940 | 129 501 - 129 800                      | (300)          | Düren, Warstein                         | 19. Nov. 1940    |
| 15. Nov. 1940 | 131 301 - 131 600                      | (300)          | Einsbeck, Johannisthal                  | 23. Nov. 1940    |
| 19. Nov. 1940 | 135 501 - 135 800                      | (300)          | Neuß, Telgte                            | 26. Nov. 1940    |
| 20. Nov. 1940 | 121 551 - 121 562<br>121 624 - 124 869 | ( 12)<br>(246) | Arnsdorf, Ursberg<br>Idstein, Stadtroda | 22. Nov. 1940    |
| 25. Nov. 1940 | 137 901 - 138 200                      | (300)          | Lüneburg                                | 29. Nov. 1940    |
| 28. Nov. 1940 | 139 001 - 139 300                      | (300)          | Schleswig                               | 30. Nov. 1940    |
| 28. Nov. 1940 | 139 301 - 139 600                      | (300)          | Schleswig                               | 1. Dez. 1940     |
| 9. Apr. 1941  | 180 445 - 180 455                      | ( 11)          | Andernach                               |                  |
| 9. Apr. 1941  | 181 001 - 181 200                      | (200)          | verschiedene                            | 15. Apr. 1941    |
| 9. Apr. 1941  | 181 201 - 181 400                      | (200)          | verschiedene                            | 15. Apr. 1941    |
| 15. Apr. 1941 | 181 401 - 181 600                      | (200)          | Am Steinhof, Obrawalde                  | 23. Apr. 1941    |
| 16. Apr. 1941 | 181 601 - 181 800                      | (200)          | Obrawalde, Langenhorn                   | 24. Apr. 1941    |
| 16. Apr. 1941 | 182 001 - 182 200                      | (200)          | Wiesengrund, Günzburg                   | 24. Apr. 1941    |
| 21. Apr. 1941 | 182 401 - 182 661                      | (261)          | verschiedene                            | 28. Apr. 1941    |
| 23. Apr. 1941 | 40 034, 114 853,<br>180 620            | ( 3)           | Andernach, Zwiefalten,<br>Waldheim      | 26. Apr. 1941    |
| 29. Apr. 1941 | -                                      | ( 21)          | verschiedene                            |                  |
| 30. Apr. 1941 | 180 536 - 180 639<br>180 201 - 180 300 | (204)          | verschiedene                            | 3. Mai 1941      |

Fortsetzung Tabelle 22:

|              |                                                                                                            |       |                    |              |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------|--------------|
| 3. Mai 1941  | 8 606, 25 012<br>25 041, 47 975<br>120 563,<br>180 640 - 180 771<br>180 794 - 180 815<br>180 817 - 180 874 | (217) | verschiedene       | 6. Mai 1941  |
| 15. Mai 1941 | 183 451 - 183 650                                                                                          | (200) | Wormditt, Rickling | 21. Mai 1941 |
| 29. Mai 1941 | 183 851 - 184 050                                                                                          | (200) | verschiedene       | 3. Juni 1941 |

Tab. 23: Verlegung und Tötung von Patienten der Anstalt Eglfing-Haar (23)

| Kranken-transport-nummer | Tag des Transports | Zahl der Transportierten | Gesamtzahl der Transportierten | Bemerkungen |   |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------------|-------------|---|
| 1                        | 18. 1. 40          | 25                       | 25                             | Männer      | 1 |
| 2                        | 20. 1. 40          | 22                       | 47                             | Frauen      |   |
| 3                        | 6. 2. 40           | 47                       | 94                             | Frauen      |   |
| 4                        | 10. 5. 40          | 70                       | 164                            | Männer      |   |
| 5                        | 30. 8. 40          | 149                      | 313                            | Männer      |   |
| 6                        | 3. 9. 40           | 121                      | 434                            | Frauen      |   |
| 7                        | 20. 9. 40          | 98                       | 532                            | Männer      | 2 |
| 7                        | 20. 9. 40          | 95                       | 627                            | Frauen      | 3 |
| 8                        | 23. 9. 40          | 12                       | 639                            | Frauen      |   |
| 9                        | 3. 10. 40          | 85                       | 724                            | Männer      | 4 |
| 9                        | 3. 10. 40          | 101                      | 825                            | Frauen      |   |
| 10                       | 11. 10. 40         | 88                       | 913                            | Männer      |   |
| 11                       | 24. 10. 40         | 120                      | 1 033                          | Männer      |   |
| 12                       | 15. 11. 40         | 57                       | 1 090                          | Männer      |   |
| 12                       | 15. 11. 40         | 83                       | 1 173                          | Frauen      |   |
| 13                       | 28. 11. 40         | 13                       | 1 186                          | Männer      |   |
| 14                       | 2. 12. 40          | 16                       | 1 202                          | Frauen      |   |
| 15                       | 17. 1. 41          | 70                       | 1 272                          | Männer      |   |
| 15                       | 17. 1. 41          | 79                       | 1 351                          | Frauen      |   |
| 16                       | 24. 1. 41          | 70                       | 1 421                          | Männer      | 5 |
| 16                       | 24. 1. 41          | 70                       | 1 491                          | Frauen      |   |
| 17                       | 25. 2. 41          | 67                       | 1 558                          | Männer      |   |
| 17                       | 25. 2. 41          | 65                       | 1 623                          | Frauen      |   |
| 18                       | 25. 4. 41          | 37                       | 1 660                          | Männer      |   |
| 18                       | 25. 4. 41          | 96                       | 1 756                          | Frauen      |   |
| 19                       | 29. 4. 41          | 57                       | 1 813                          | Männer      |   |
| 19                       | 29. 4. 41          | 77                       | 1 890                          | Frauen      |   |
| 20                       | 20. 6. 41          | 75                       | 1 965                          | Männer      |   |
| 20                       | 20. 6. 41          | 60                       | 2 025                          | Frauen      |   |

Anm.: 1 Bis Transportnummer 15 stammen die Kranken, wenn nicht anders angegeben aus der Anstalt Eglfing-Haar 2 sog. Judentransport: aus der Anstalt Eglfing-Haar 16 Männer, 82 aus verschiedenen bayrischen Anstalten 3 sog. Judentransport: aus der Anstalt Eglfing-Haar 19 Frauen, 76 aus verschiedenen bayrischen Anstalten 4 davon 11 aus der Anstalt Klingenmünster 5 Ab Transportnummer 16 stammen die Kranken zum größten Teil aus den geräumten Pflegeanstalten, aber auch aus Eglfing-Haar, Gabersee und Kaufbeuren

Tab. 24: Diagnosen der aus der Anstalt Eglfing-Haar verlegten und getöteten Patienten (24)

|                                    | Männer | Frauen | Summe         |
|------------------------------------|--------|--------|---------------|
| Schizophrenie                      | 356    | 370    | 726 = 79,9 %  |
| Manisch-depressives Irresein       | 3      | 3      | 6 = 0,7 %     |
| Schwachsinn                        | 29     | 11     | 40 = 4,4 %    |
| Epilepsie                          | 29     | 10     | 39 = 4,3 %    |
| Progressive Paralyse               | 27     | 15     | 42 = 4,6 %    |
| Altersveränderungen                | 4      | 4      | 8 = 0,9 %     |
| Postenzephalitis                   | 7      | 3      | 10 = 1,1 %    |
| Sonstige neurologische Endzustände | 1      | 1      | 2 = 0,2 %     |
| Lues cerebri und connatalis        | 3      | 6      | 9 = 1,0 %     |
| Chronischer Alkoholismus           | 2      | 1      | 3 = 0,3 %     |
| Psychopathie                       | 12     | 3      | 15 = 1,7 %    |
| Diagnose nicht verzeichnet         | 6      | 2      | 8 = 0,9 %     |
|                                    | 479    | 429    | 908 = 100,0 % |

Tab. 25: Aufenthaltsdauer der wegen Schizophrenie in der Anstalt Eglfing-Haar untergebrachten Patienten bis zu ihrer Verlegung und Tötung (25)

|                     | Männer | Frauen | Summe |
|---------------------|--------|--------|-------|
| länger als 10 Jahre | 193    | 214    | 407   |
| länger als 5 Jahre  | 139    | 120    | 259   |
| kürzer als 5 Jahre  | 24     | 36     | 60    |
|                     | 356    | 370    | 726   |

Tab. 26: Verlegungen von Patienten aus Pflegeanstalten nach  
Eglfing-Haar (26)

| Anstalt      | Tag der<br>Verlegung | Männer | Frauen | Summe |
|--------------|----------------------|--------|--------|-------|
| Schönbrunn   | 20. 3.41             | 176    | -      | 176   |
|              | 8. 4.41              | 13     | 20     | 33    |
|              | 9. 4.41              | -      | 31     | 31    |
|              | 8. 5.41              | -      | 69     | 69    |
|              | 23. 5.41             | 21     | 101    | 122   |
|              | 17. 6.41             | 24     | -      | 24    |
|              | 18. 6.41             | 6      | -      | 6     |
|              | 11. 7.41             | 14     | 59     | 73    |
|              | 25.11.41             | -      | 5      | 5     |
| Neuötting    | 20. 3.41             | -      | 94     | 94    |
|              | 21. 3.41             | -      | 90     | 90    |
|              | 27. 8.41             | -      | 57     | 57    |
| Taufkirchen  | 21.10.40             | 37     | 57     | 94    |
|              | 18. 8.41             | 7      | -      | 7     |
|              | 19. 8.41             | 3      | 20     | 23    |
|              | 21.10.41             | 8      | 13     | 21    |
| Att1         | 22. 9.40             | 118    | -      | 118   |
|              | 22. 8.41             | 4      | -      | 4     |
|              | 22. 9.41             | 17     | -      | 17    |
| Ursberg      | 25. 3.41             | 47     | 82     | 129   |
|              | 27. 3.41             | 23     | -      | 23    |
| Burgkunstadt | 20. 3.41             | -      | 2      | 2     |
| Bildhausen   | 31. 3.41             | 8      | -      | 8     |
| Ecksberg     | 30. 9.40             | 111    | 75     | 186   |
|              | 4.11.40              | -      | -      | -     |
|              | 15. 1.41             | -      | 7      | 7     |
|              | 20. 3.41             | -      | 4      | 4     |
|              | 30. 9.41             | 6      | 5      | 11    |
|              |                      | 643    | 791    | 1 434 |

Tab. 27: Diagnosen der aus Pflegeanstalten verlegten und getöteten Patienten, die zuvor in die Anstalt Egling-Haar gebracht worden waren (27)

|                                    | AttI | Ecks-<br>berg<br>1 | Neu-<br>ötting<br>33 | Schön-<br>brunn<br>29 | Tauf-<br>kirchen<br>12 | Urs-<br>berg<br>- |               |
|------------------------------------|------|--------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|-------------------|---------------|
| Schizophrenie                      | 17   |                    |                      |                       |                        |                   | 92 = 11,8 %   |
| Manisch-depressives Irresein       | -    | -                  | -                    | -                     | -                      | -                 | 1 = 0,1 %     |
| Schwachsinn                        | 16   | 107                | 26                   | 58                    | 16                     | 43                | 266 = 34,3 %  |
| Idiotie                            | 10   | 85                 | 14                   | 21                    | 16                     | 35                | 181 = 23,3 %  |
| Epilepsie                          | 17   | 36                 | 9                    | 45                    | 5                      | 11                | 123 = 15,8 %  |
| Progressive Paralyse               | 1    | -                  | 2                    | 10                    | 2                      | -                 | 15 = 1,9 %    |
| Altersveränderungen                | 7    | -                  | -                    | 1                     | 6                      | -                 | 14 = 1,8 %    |
| Postenzephalitis                   | 5    | 2                  | 4                    | 2                     | 2                      | -                 | 15 = 1,9 %    |
| Sonstige neurologische Endzustände | 1    | -                  | 1                    | 8                     | -                      | 1                 | 11 = 1,4 %    |
| Lues connatalis                    | -    | 1                  | -                    | 6                     | -                      | -                 | 7 = 0,9 %     |
| Taubstummheit                      | 1    | 9                  | 1                    | 2                     | -                      | 10                | 23 = 2,9 %    |
| Psychopathie                       | 1    | -                  | 2                    | -                     | 1                      | -                 | 4 = 0,5 %     |
| Diagnose unbekannt                 | 2    | -                  | 3                    | 5                     | 14                     | -                 | 24 = 3,0 %    |
| <hr/>                              |      |                    |                      |                       |                        |                   |               |
|                                    | 78   | 241                | 95                   | 187                   | 75                     | 100               | 776 = 100,0 % |

## Anmerkungen

Die in Klammern gesetzten Zahlen beziehen sich auf die entsprechenden Nummern des Quellennachweises.

## Einleitung

- 1: PLATEN-HALLERMUND (221); weiterhin die Dokumentensammlung von MITSCHERLICH u. MIELKE (197)
- 2: HONOLKA (149), DÖRNER 1967 in (88), VON HASE (137), SCHMIDT (251), KAUL (158)
- 3: GRUCHMANN (122) über das Verhalten der Justiz angesichts der Aktionen zur "Euthanasie", GÜSE u. SCHMACKE (123) über die wissenschaftliche Lehre der Psychiatrie von GRIESINGER über KRAEPELIN bis in die Zeit des Nationalsozialismus, NOWAK (206) über die Haltung der Kirchen zu Sterilisierung und "Euthanasie", KLEE 1983 (162) mit einer umfassenden Darstellung der "Euthanasie", ihrer Vorbereitung, Organisation und Durchführung, MÜLLER-HILL (200) über den Zusammenhang zwischen der Eugenik und der "Euthanasie"
- 4: ROTH (237), DÖRNER 1984 (89)
- 5: BECKER (44), GEBEL u. GRISSHAMMER (111), ROMÉY (236), MADER (188), FINZEN (105)

## 1. Die Lage der Psychiatrie in Bayern im 19. Jahrhundert

- 1: JETTER 1981 (155) S. 25
- 2: KERSCHENSTEINER (159) S. 10 - 12
- 3: Anonymus in POSSELTs wissenschaftlichem Magazin. 2. Bd. 1. Heft. Leipzig 1786. Zitiert nach KERSCHENSTEINER (159) S. 10f.
- 4: ebd.
- 5: ebd.
- 6: DWINGER (91) S. 5
- 7: KOLLMAN 1900 (170)
- 8: JETTER 1981 (155) S. 35
- 9: ebd. S. 36f.
- 10: STAHL (268)
- 11: HAGEN (128)
- 12: GROSSHAUSER (120) S. 2
- 13: KRAUS (178)

- 14: JETTER 1981 (155) S. 55f.
- 15: WILLE (287)
- 16: SCHRENK (257)
- 17: WILLE (287)
- 18: DWINGER (91) S. 4
- 19: LANGERMANN (182)
- 20: ebd.
- 21: ebd.
- 22: STAHL (268)
- 23: ebd.
- 24: Beispiele nach KRAEPELIN 1918 (175) u. HAISCH 1959 (129)
- 25: SOLBRIG 1851 (263)
- 26: WILLE (287), dort auch die beiden folgenden Zitate
- 27: KRAEPELIN 1983 (176) S. 12
- 28: KRAEPELIN 1918 (175) S. 258
- 29: DEES (86)
- 30: KRAEPELIN 1918 (175) S. 259
- 31: ebd. S. 260
- 32: GROSS (119) S. 51
- 33: JETTER 1981 (155) S. 40
- 34: EULNER (102) S. 264f.
- 35: SOLBRIG 1855 (264)
- 36: ebd.
- 37: KOLLE (168) Bd. 1, S. 294
- 38: WILLE (287)
- 39: EULNER (102) S. 261
- 40: GRIESINGER 1845 (116)
- 41: EULNER (102) S. 267 - 270
- 42: KRAEPELIN 1983 (176) S. 12
- 43: GÜSE u. SCHMACKE (123) Bd. 1, S. 115
- 44: DWINGER (91) S. 7
- 45: KRAEPELIN 1983 (176) S. 137f.
- 46: DWINGER (91) S. 5f.
- 47: ebd. S. 7 u. S. 25
- 48: KOLB (165) S. 102
- 49: ebd. S. 93
- 50: ebd. S. 132f.

- 51: GROSSHAUSER (120) S. 11
- 52: vgl. KRABBE (174) u. PLÖSSL (222)
- 53: BLASIUS 1980 (50) S. 90 - 142

## 2. Die oberbayerischen Anstalten Eglfing und Haar 1905 - 1945

- 1: zur Entstehung der Anstalten Eglfing und Haar s. DWINGER (91)
- 2: B. (39)
- 3: Zeitungsbericht vom 15.11.1902, zitiert nach DWINGER (91) S. 27
- 4: DWINGER (91) S. 30
- 5: Psychiatr.-neurol. Wschr. 8 (1906) 115
- 6: Anstaltssatzung §1 Zweck und Charakter
- 7: (1) 1905
- 8: (1) 1912
- 9: (2) 1912
- 10: (1) 1918, (2) 1918
- 11: (2) 1921
- 12: AST 1933 (32)
- 13: KRAEPELIN u. LANGE (177) Bd. 1, S. 926
- 14: (3) 1930
- 15: ebd.
- 16: AST 1933 (32)
- 17: ebd.
- 18: HÖLZEL 1934 (147)
- 19: (3) 1939
- 20: (5) LRA 59141, der Reichsbeauftragte Heil- und Pflegeanstalten am 22.12.1941
- 21: (3) 1942
- 22: (11) Urteil S. 28 - 31
- 23: SCHENK (246)
- 24: (11) Anhang
- 25: SCHMIDT (251) S. 129
- 26: (15) R 96 I/2, der Reichsbeauftragte Heil- und Pflegeanstalten an die Landesregierungen u.a. am 18.2.1943
- 27: HÖFNER (145)

### 3. Beschreibung der Anstalt um 1930

- 1: KRAEPELIN u. LANGE (177) Bd. 1, S. 904 - 909
- 2: (3) 1931
- 3: AST 1896 (28)
- 4: (4) RA 57496, Direktor BALCHIAN an die kgl. Regierung von Oberbayern am 2.8.1912
- 5: PAPST 1932 (214)
- 6: PAPST 1910 (212)
- 7: SCHNIDTMANN (255)
- 8: RODERICH MAYR, geb. 1883 in München als Sohn eines praktischen Arztes. Studium der Medizin in München, Freiburg und wiederum in München. Approbation 1911. Promotion 1911 bei KRAEPELIN mit der Dissertation "Über Endzustände bei Korssakowscher Psychose". Ab 1.6.1911 in Eglfing.
- 9: KURT BRANDL, geb. 1876. Approbation 1900. Promotion 1988 mit der Dissertation "Ein Beitrag zur Kenntnis der Ectopia vesicae". Assistenzarzt an der psychiatrischen Abteilung des städtischen Krankenhauses München links der Isar, ab Oktober 1903 an der Kreisirrenanstalt München, ab 1.10.1912 Oberarzt in Eglfing, ab 1.3.1916 Oberarzt in Haar.
- 10: FRANZ SENDTNER, geb. 1875. Approbation 1901. Promotion 1901 mit der Dissertation "Über das Fibrom des Ovars". Assistenzarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren, ab Juli 1905 an der Kreisirrenanstalt München bzw. Heil- und Pflegeanstalt Eglfing.
- 11: MAX THEOBALD, geb. 1882. Approbation 1907. Promotion 1906 mit der Dissertation "Zum Alveolarchineococcus (!) der Leber". Assistenzarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Deggendorf und von August 1908 bis April 1911 an der Bakteriologischen Untersuchungsanstalt Landau. Ab 1.10.1912 in Eglfing.
- 12: PAUL WEBER, geb. 1880. Approbation 1908. Promotion 1911 bei KRAEPELIN mit der Dissertation "Blutdruckmessungen bei Kranken mit manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox". Ab August 1913 in Haar.
- 13: ANTON EDLER VON BRAUNMÜHL, geb. 1901. Approbation 1927. Promotion 1927 mit der Dissertation "Über einige myelo-lymphoide und lympho-epitheliale Organe der Anuren...". Seit Mai 1927 in Eglfing.
- 14: FRIEDRICH HÖLZEL, geb. 1894. Approbation 1920. Promotion 1922 bei KRAEPELIN mit der Dissertation "Über das Facialisphänomen bei Geisteskranken". Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik der Universität München von Januar 1921 bis März 1924, danach kurzzeitig Niederlassung als Nervenarzt. Ab Juli 1925 in der Anstalt Haar.
- 15: HANS MANDEL, geb. 1899. Approbation 1926. Promotion 1926 mit der Dissertation "Erfahrungen mit der Insulinbehandlung des Diabetes mellitus". Seit 1928 in der Anstalt.

- 16: ALBERT RÖSCH, geb. 1898. Approbation 1926. Promotion 1926 mit der Dissertation "Über die Häufigkeit des Uterussarkoms". Seit 1926 in der Anstalt.
- 17: HERMANN NADLER, geb. 1902. Approbation 1928. Promotion 1929 mit der Dissertation "Über den Einfluß intradermaler Einspritzungen auf das Blutbild". Seit Mai 1929 in der Anstalt.
- 18: CARLA EICHHORN, geb. 1899. Approbation 1924. Promotion 1925 mit der Dissertation "Beziehungen zwischen Haut und innerer Sekretion mit besonderer Berücksichtigung der Psoriasis und ihrer Heilung durch Thymusbestrahlung". Seit November 1930 in der Anstalt.
- 19: HANS SCHMID, geb. 1904. Approbation 1930. Dissertation unbekannt. Seit Oktober 1930 in der Anstalt.
- 20: AST 1936 (35)
- 21: ebd.
- 22: AST 1929 (29)
- 23: MAYR 1929 (192)
- 24: ebd.
- 25: BRAUNMÜHL 1929 (56)
- 26: ebd.
- 27: VOCKE 1920 (280)
- 28: vgl. SIMON (261) 2. Teil. Als Psychiater zeichnet er ein ähnliches Bild über die Zustände in einer Anstalt vor Einführung der Arbeitstherapie.
- 29: (297) S. 3f.
- 30: (296) S. 6
- 31: BUMKE (82) S. 726
- 32: ebd. S. 758
- 33: JASER (151)
- 34: BUMKE (82) S. 326
- 35: ebd. S. 362
- 36: ebd. S. 505
- 37: ebd. S. 536f.
- 38: ebd. S. 774
- 39: ebd. S. 772
- 40: ebd. S. 652
- 41: ebd. S. 672
- 42: BRUCKMÜLLER (79)
- 43: SIMON (261) 1. Teil
- 44: ebd. 2. Teil
- 45: (4) RA 57481, Direktor BLACHIAN an die Regierung von Oberbayern, Kammer des Inneren am 15.8.1926

- 46: (2) 1926
- 47: ebd.
- 48: (1) 1927
- 49: (1) 1928
- 50: (3) 1931
- 51: MAYR 1929 (192)
- 52: ebd.
- 53: PAPST 1932 (213)
- 54: (1) 1925
- 55: KARL NEUBÜRGER, geb. 1890. Approbation 1914. Ausbildung zum Pathologen bei WALTHER SPIELMEYER am Pathologischen Institut der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie München, dann Prosektor am städtischen Krankenhaus Schwabing (München). Ab 1926 in Haar. Als Jude mußte NEUBÜRGER sein Amt in der Anstalt Eglfing-Haar 1935 niederlegen.
- 56: NEUBÜRGER 1934 (205)
- 57: s. FRYDL (110) zur wissenschaftlichen Arbeit der Prosektur Haar
- 58: ROEMER in (235) S. 351
- 59: AST 1930 (30)
- 60: (1) 1925
- 61: ebd.
- 62: (1) 1927
- 63: MAYR 1929 (192)
- 64: (1) 1929
- 65: (3) 1930
- 66: ebd.
- 67: AST 1930 (30)
- 68: MAYR 1929 (192)

#### 4. Die somatischen Therapieverfahren

- 1: SAKEL, zitiert nach BRAUNMÜHL 1947 (73) S. 41
- 2: SAKEL (244) S. 26f.
- 3: FROSTIG, zitiert nach HOLZER, KLAUE u. REISNER (148)
- 4: (3) 1936
- 5: BRAUNMÜHL 1937 (59)
- 6: BRAUNMPHL 1942 (70)
- 7: nach KALINOWSKY (156) S. 30 - 36 u. BRAUNMÜHL 1947 (73) S. 61 - 64

- 8: ZIEGELROTH (292)
- 9: SCHMITT (252)
- 10: Die Versuche erfdgten in der Heil- und Pflegeanstalt Illenau.
- 11: vgl. BENEDEK (46) u. WEIL (282)
- 12: WIEDEKING (286)
- 13: BRAUNMÜHL 1937 (59)
- 14: BRAUNMÜHL 1937 (58)
- 15: RUFFIN (242)
- 16: zitiert nach BRAUNMÜHL 1937 (59)
- 17: (5) LRA 20265
- 18: ebd. Die Abkürzungen im Original wurden ausgeschrieben, und die Zeichensetzung wurde vereinheitlicht.
- 19: (5) LRA 20265
- 20: BRAUNMÜHL 1938 (61)
- 21: BRAUNMÜHL 1937 (60)
- 22: ebd.
- 23: ebd.
- 24: BRAUNMÜHL 1940 (66), Zitate im Zitat CARL SCHNEIDER (253)
- 25: BRAUNMÜHL 1940 (66)
- 26: ZIEGELROTH (292)
- 27: ebd.
- 28: MEDUNA (193)
- 29: MEDUNA, zitiert nach BRAUNMÜHL 1947 (73) S. 132
- 30: SORGER u. HOFMANN (265)
- 31: BRAUNMÜHL 1938 (62)
- 32: ebd.
- 33: (5) LRA 20265
- 34: BINI u. CERLETTI, zitiert nach BRAUNMÜHL 1940 (67)
- 35: BRAUNMÜHL 1942 (71)
- 36: MÜLLER (199), auch BRAUNMÜHL 1942 (69)
- 37: SALM (245), auch HOLZER, KLAUE u. REISNER (148)
- 38: SALM (245), dort auch das folgende Zitat
- 39: SALM (245)
- 40: BRAUNMÜHL 1947 (73) S. 126
- 41: BRAUNMÜHL 1940 (67)
- 42: BRAUNMÜHL 1942 (69)
- 43: BRAUNMÜHL 1941 (68)

- 44: ebd.
- 45: ebd.
- 46: ebd.
- 47: BRAUNMÜHL 1942 (70)
- 48: BRAUNMÜHL 1938 (63)
- 49: ebd.
- 50: BRAUNMÜHL 1942 (70)
- 51: WINTER (288) S. 36
- 52: BRAUNMÜHL 1942 (70)

##### 5. Die Anstalt in der Zeit des Nationalsozialismus

- 1: KRAEPELIN u. LANGE (177) Bd. 1, S. 251
- 2: ENTRES 1921 (98)
- 3: ENTRES 1921 (97) S. 140
- 4: ebd. S. 137
- 5: ebd. S. 139
- 6: ENTRES 1925 (99)
- 7: KRAEPELIN u. LANGE (177) Bd. 1, S. 258
- 8: ebd. S. 259
- 9: ebd. S. 210
- 10: ROEMER in (235) S. 363
- 11: NOWAK (206) S. 41
- 12: ENTRES 1928 (100) S. 99 - 101
- 13: ebd. S. 129, S. 178, S. 200, S. 220
- 14: zitiert nach H. HOFFMANN (143) S. 148f.
- 15: GÜTT, RÜDIN, RUTTKE (125) S. 60
- 16: GÜTT (124) S. 10
- 17: GÜTT, RÜDIN, RUTTKE (125) S. 60
- 18: RÜDIN 1934 (240) S. 138
- 19: LUXENBURGER in (240) S. 145 - 147
- 20: RÜDIN 1934 (240)
- 21: WEYGANDT in (240) S. 209
- 22: (3) 1934
- 23: AST 1935 (34)
- 24: AST 1936 (35)
- 25: AST 1935 (34)

- 26: (6) Gesundheitsamt Weilheim Nr. 76, Schreiben des bayerischen Staatsministeriums des Inneren vom 31.5.1941
- 27: AST 1934 (33)
- 28: (3) 1934
- 29: AST 1935 (34)
- 30: ebd.
- 31: ebd.
- 32: ebd.
- 33: (3) 1934
- 34: (4) RA 57312, Reichsministerium des Inneren an die Landesregierungen am 11.12.1933 (AZ: II 1079 / 24.11 II)
- 35: AST 1939 (37)
- 36: AST 1934 (33)
- 37: (6) Gesundheitsamt Pfaffenhofen Nr. 96
- 38: ebd., Beschluß des Erbgesundheitsgerichts München vom 10.10.1938
- 39: ebd., Urteil des Erbgesundheitsgerichts München vom 21.12.1938
- 40: ebd.
- 41: ebd., Bezirksarzt von Pfaffenhofen an Eduard R. am 16.5.1939
- 42: ebd., Bezirksarzt von Pfaffenhofen an das Krankenhaus Pfaffenhofen am 6.6.1939
- 43: AST 1939 (37)
- 44: AST 1935 (34)
- 45: (3) 1934
- 46: (4) RA 57312, Vereinbarung zwischen den beiden Ärzten und der Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar vom 23.2.1934 bzw. 10.11.1936
- 47: AST 1935 (34)
- 48: WINTER (288)
- 49: ebd. S. 19 - 43
- 50: (5) LRA 20269
- 51: 6. Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 31.8.1939
- 52: VON ROHDEN (229)
- 53: AST 1936 (35)
- 54: (296) S. 6
- 55: ebd.
- 56: (295) S. 15
- 57: ebd.

- 58: (294) o.S.
- 59: (297) S. 3f.
- 60: ebd.
- 61: AST 1937 (36)
- 62: Anleitung zur erbbiologischen Bestandsaufnahme in Heil- und Pflegeanstalten (Erlaß des Reichs- und Preußischen Ministeriums des Inneren vom 8.2.1936 - AZ: IV A 9886 / 1075 b), veröffentlicht in Psychiatr.-neurol. Wschr. 38 (1936) 220 - 222
- 63: (14) R 36/1380f.
- 64: HARRASSER 1937 (131)
- 65: HARRASSER 1939 (133)
- 66: (20) in Zschr. Neurol. 177 (1944) 317
- 67: HARRASSER 1939 (135)

## 6. Die Krankentötung

- 1: (8) Doc. NO 824
- 2: Runderlaß des Reichsministeriums des Inneren vom 15.8.1939 (AZ: IV b 3088/39 - 1079 Mi) in KLEE 1983 (162) S. 80
- 3: Faksimile des Meldebogens in KLEE 1983 (162) S. 296f.
- 4: KLEE 1983 (162) S. 83f.
- 5: (8) Doc. NO 825 bzw. PS 3871
- 6: (8) Doc. NO 825
- 7: ebd.
- 8: (15)R 96 I/1
- 9: (15)R 96 I/2
- 10: (8) Doc. NO 1130
- 11: (10) o.B1.
- 12: (8) Doc. NO 1129
- 13: Aussage im "Nürnberger Prozeß" Prot. S. 7475, zitiert nach MITSCHERLICH u. MIELKE (197) S. 194
- 14: (15)R 96 I/1
- 15: (15)R 96 I/2
- 16: ebd.
- 17: nach ROTH (237) S. 112 - 117 u. S. 140 - 177
- 18: in KLEE 1983 (162) S. 340
- 19: in KAUL (158) S. 172
- 20: (15)R 96 I/9

- 21: (11) Bl. 80
- 22: (11) Bl. 34R-35, Bl. 46 u.a.
- 23: (7) KV-Anklage Interrogations P31
- 24: (11) Bl. 34R-35
- 25: (11) Bl. 49
- 26: (7) KV-Anklage Interrogations P31
- 27: ebd.
- 28: (11) Bl. 19
- 29: KLEE 1983 (162) S. 136
- 30: (11) Bl. 19 u. (20)
- 31: (18) 12.560
- 32: (17) 9489/2, nach "Linzer Volksblatt" vom 18.10.1945 aus der  
Pfarrchronik Alkoven
- 33: ebd.
- 34: (11) Bl. 77
- 35: (8) Doc. NO 1131
- 36: (8) Doc. PS 3871
- 37: (224) III 1
- 38: (11) Anlage
- 39: (224) III 2
- 40: ebd.
- 41: (11) Anlage, aus einem Brief des ehemaligen Patienten Anton S.  
an das Landgericht München I
- 42: (11) Bl. 21, 45-45R u.a.
- 43: (8) Doc. NO 1135
- 44: (8) Doc. NO 1132 - 1134
- 45: (11) Bl. 46
- 46: (11) Bl. 38
- 47: (11) Bl. 49
- 48: (8) Doc. NO 1135
- 49: ebd.
- 50: ebd.
- 51: SCHMIDT (251) S. 62 u. S. 77
- 52: (11) Bl. 50R
- 53: (5) LRA 20273, Amtsärztliches Gutachten vom 9.4.1938
- 54: ebd., Direktion der Anstalt Eglfing-Haar an den Landrat in  
München am 20.2.1939

- 55: (5) LRA 20266, Amtsärztliches Gutachten vom 22.9.1937
- 56: ebd., Bürgermeister von Langwied an das Bezirksamt in München am 21.10.1937
- 57: ebd., Direktion der Anstalt Eglfing-Haar an das Bezirksamt in München am 4.4.1938
- 58: (5) LRA 20271, aus den Briefen der Landesfürsorgeanstalt Taufkirchen an den Landrat in München am 23.9.1937, 11.4.1938 und 5.3.1940 (in der Reihenfolge der Zitate)
- 59: (11) Bl. 70
- 60: (8) Doc. NO 1134
- 61: ebd.
- 62: Brief des bayerischen Staatsministeriums des Inneren vom 23.3.1941, zitiert in (10) Urteil
- 63: (11) Bl. 23
- 64: (11) o.Bl., Vernehmung am 17.1.1947
- 65: (224)I 4
- 66: (8) Doc. NO 3357/8
- 67: (8) Doc. NO 1135
- 68: (11) Anlage, Brief der Anstalt Eglfing-Haar vom 11.10.1940
- 69: (11) Anlage, Brief der Anstalt Sonnenstein vom 24.10.1940
- 70: (11) Bl. 22
- 71: (11) Anlage, Brief der Anstalt Sonnenstein vom 4.11.1940
- 72: (11) Anlage enthält den vollständigen Briefwechsel
- 73: (11) Anlage, Brief von Frau G. an das Landgericht München I, etwa 1949
- 74: (11) Bl. 20
- 75: Runderlaß des bayerischen Staatsministeriums des Inneren vom 4.9.1940 in KAUL (158) S. 97
- 76: (8) Doc. NO 1310, Direktion der Anstalt Eglfing-Haar an das bayerische Staatsministerium des Inneren am 20.9.1940
- 77: (8) Doc. NO 1144
- 78: zitiert nach BECKER (44) S. 116 - 119
- 79: KLEE 1985 (163) S. 110, aus einer Denkschrift des Direktors der Anstalt Schönbrunn aus dem Jahre 1962
- 80: (224)III 1
- 81: (15)R 96 I/2
- 82: Rundschreiben des bayerischen Staatsministeriums des Inneren am 30.11.1942 (AZ: Nr. 5263 a 81) in KLEE 1985 (163) S. 287
- 83: KLEE 1985 (163) S. 286 u. (11) Urteil S. 28 - 31
- 84: (11) Bl. 50
- 85: (11) Anlage

- 86: (11) Bl. 68
- 87: (11) Bl. 50
- 88: (11) Bl. 45R, 48, 49R, 50 u.a.
- 89: SCHMIDT (251) S. 135
- 90: ebd. S. 132 - 145
- 91: (11) Bl. 115R
- 92: (11) Bl. 68
- 93: (11) Bl. 29
- 94: (11) Bl. 20
- 95: (8) Doc. NO 720
- 96: (8) Doc. NO 863
- 97: (11) Bl. 24, 25, 27, u. Urteil S. 11 - 13
- 98: (11) Bl. 26
- 99: (11) Bl. 27
- 100: (3) 1941 u. 1942
- 101: (11) Bl. 25
- 102: SCHMIDT (251) S. 110
- 103: (9) u. (12) Urteil S. 30 - 32
- 104: SCHMIDT (251) S. 112
- 105: (11) Bl. 25
- 106: Aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes wird auf die Nennung des Namens verzichtet.
- 107: (12) Urteil S. 27 - 28a
- 108: (11) Bl. 25
- 109: (8) Doc. NO 3355 bzw. NO 1139 u. (12) Urteil S. 53 - 59
- 110: (11) Bl. 28
- 111: (9)
- 112: (12) Urteil S. 45 - 47
- 113: ebd.
- 114: (12) Urteil S. 69 - 78
- 115: (12) Urteil S. 73 - 75
- 116: ebd.
- 117: SCHMIDT (251) S. 101
- 118: (12) Urteil S. 62 - 64
- 119: SCHMIDT (251) S. 114
- 120: ebd. S. 114f.
- 121: (11) Bl. 27 u. 49R
- 122: (224)II 2
- 123: SCHMIDT (251) S. 120

- 124: der Reichsminister des Inneren an die Gesundheitsämter am  
20.9.1941 (AZ: IV b 1981/41 - 1079 Mi) in (6) Gesundheitsamt  
Weilheim Nr. 76
- 125: ebd.
- 126: SCHMIDT (251) S. 117
- 127: der Reichsminister des Inneren an die Gesundheitsämter am  
20.9.1941 (AZ: IV B 1981/41 - 1079 Mi) in (6) Gesundheitsamt  
Weilheim Nr. 76
- 128: (6) Gesundheitsamt Weilheim Nr. 76, Briefwechsel der Behörden
- 129: (11) Bl. 47R
- 130: (8) Doc. NO 1313 u. KLEE 1985 (163) S. 246f.
- 131: (9) passim
- 132: (8) Doc. PS 3823
- 133: (9) o.Bl.
- 134: (9) o.Bl.
- 135: (8) Doc. NO 1312
- 136: (11) Bl. 82
- 137: (12) Urteil S. 8
- 138: (224)II 1
- 139: (11) Anlage, Gauleitung München-Oberbayern der NSDAP am 6.11.1940
- 140: (11) Bl. 82
- 141: (11) Bl. 77
- 142: (13) S. 8
- 143: (7) KV-Anklage Interrogations P31
- 144: BINDING u. HOCHE (49) S. 59
- 145: ebd. S. 55
- 146: ebd. S. 61
- 147: (7) KV-Anklage Interrogations P31
- 148: (13) S. 8 - 10
- 149: (13) S. 10
- 150: (12) Urteil S. 26
- 151: (3) 1938
- 152: ebd.
- 153: (3) 1939
- 154: (3) 1938
- 155: (19) 18.908
- 156: PFANNMÜLLER 1936 (218)
- 157: ebd.
- 158: (11) Bl. 48

- 159: (11) Bl. 46R, 47R, 272 u. Verhandlung
- 160: PFANNMÜLLER 1932 (217)
- 161: (13) S. 28
- 162: PFANNMÜLLER 1936 (218)
- 163: (11) o.Bl., Vernehmung
- 164: PFANNMÜLLER 1940 (219)
- 165: ebd.
- 166: (7) KV-Anklage Interrogations P31
- 167: (11) Urteil S. 12
- 168: (7) KV-Anklage Interrogations P31
- 169: (11) Bl. 45 - 45R
- 170: (11) o.Bl., Vernehmung am 17.1.1947
- 171: (7) KV-Anklage Interrogations P31
- 172: ebd.

#### Tabellen

- 1: entfällt
- 2: (1) 1905 - 1929
- 3: (2) 1913 - 1929
- 4: (1), (2), (3) 1927 - 1937
- 5: Kostenausscheidung nach (16) Film FC 1805 P(10), Zehntelpfen-nige gerundet. Pflegerquote, Beschäftigungsgrad und Sterblich-rate in (3) 1931 - 1939
- 6: (3) 1931
- 7: (3) 1930 - 1946
- 8: (3) 1931
- 9: (2) 1913 - 1929, (3) 1930 - 1944
- 10: (3) 1931
- 11: ebd.
- 12: (1) 1925 - 1929, (3) 1930 - 1939
- 13: (3) 1931
- 14: in BRAUNMÜHL 1939 (64)
- 15: in BRAUNMÜHL 1942 (70)
- 16: ebd., dort weitere Tabellen und Abbildungen über die Ergeb-nisse der Behandlung

- 17: (3) 1931
- 18: AST 1933 (31)
- 19: (3) 1934 - 1938
- 20: WINTER (288) S. 20 - 22, die dort gemachten Zahlen weichen leicht von denen der Jahresberichte der Anstalt Eglfing-Haar ab (1936:+3, 1937:+1, 1939:-2). Auch in der Auflistung nach Diagnosen ergeben sich geringfügige Unterschiede.
- 21: (3) 1934 - 1943
- 22: (8) Doc. NO 1129 u. NO 1130
- 23: (8) Doc. NO 1136
- 24: SCHMIDT (251) S. 77
- 25: ebd. S. 62
- 26: (3) 1940 u. 1941, die Aufstellung in den Jahresberichten ist vermutlich gefälscht, um das wahre Ausmaß der Verlegungen zu vertuschen. Die Angaben aus Eglfing-Haar weichen z.T. erheblich von denen ab, die die Pflegeanstalten selbst gemacht haben. Die Zahl der Verlegungen war daher vermutlich noch höher.
- 27: SCHMIDT (251) S. 76

## Quellennachweis

### 1. Archivalien

#### im Bezirkskrankenhaus Haar

- (1) Jahresberichte der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing 1905 - 1929
- (2) Jahresberichte der Heil- und Pflegeanstalt Haar 1912 - 1929
- (3) Jahresberichte der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar 1930 - 1946

#### im Staatsarchiv München, Schönfeldstr. 3

- (4) Akten der Regierung von Oberbayern
  - RA 57312 - 57318 Sterilisationskosten 1932 - 1941
  - RA 57478 Errichtung einer dritten Kreisirrenanstalt 1906 - 1926
  - RA 57479 - 57484 Bauten und Einrichtungen 1908 - 1918
  - RA 57496 - 57497 Oberarzt- und Assistenzarztstellen 1912 - 1930
- (5) Akten des Landratsamtes München
  - LRA 20261 - 20289 Geisteskranke A - Z ca. 1900 - 1950
  - LRA 59141 Heil- und Pflegeanstalt 1941 - 1944
- (6) Akten aus Gesundheitsämtern
  - Gesundheitsamt Weilheim Nr. 75 Erbgesundheits- und Rassenpflege, Hebammenwesen: Meldepflicht von Mißgeborenen 1925 - 1959
  - Gesundheitsamt Pfaffenhofen Nr. 91 - 96 Unfruchtbarmachungen 1934 - 1939

#### im Staatsarchiv Nürnberg, Archivstr. 17

- (7) Verhandlungsprotokolle der "Nürnberger Prozesse"
  - KV-Anklage Interrogations P31 Hermann Pfannmüller
- (8) Gerichtsakten und Prozeßunterlagen der "Nürnberger Prozesse"
  - Doc. NO 720 Eidesstattliche Erklärung Dr. Moritz Schnidtmann
  - Doc. NO 824 Führer-Erlaß zur Euthanasie vom 1.9.39
  - Doc. NO 825 Meldebogen und Merkblätter
  - Doc. NO 863 Eidesstattliche Erklärung Ludwig Lehner
  - Doc. NO 1129 Begleitschreiben zu begutachteten Meldebogen
  - Doc. NO 1130 Begleitschreiben zu Meldebogen-Sendung
  - Doc. NO 1131 - 1135 Verlegung von Insassen, Transportlisten
  - Doc. NO 1136 Krankenverlegungen aus der Anstalt Eglfing-Haar
  - Doc. NO 1139 Meldung mißgestalteter Kinder
  - Doc. NO 1144 Briefe von Angehörigen jüdischer Insassen

Doc. NO 1310 Verlegung geisteskranker Juden  
Doc. NO 1312 Verpflichtung von drei Krankenschwestern  
Doc. NO 1313 Mitarbeit an Kinder-Euthanasie abgelehnt  
Doc. NO 3355 Meldung mißgestalteter Kinder  
Doc. NO 3357/8 Verlangen von sofortiger Entlassung von Maria M.  
Doc. PS 3823 Arzt des Kinderhauses und der Sonderabteilung  
Doc. PS 3871 Durchführung der Verlegung von Geisteskranken

bei der Staatsanwaltschaft bei dem Landgericht München I

- (9) Verfahren 1 Kls 87-89/48 beim Landgericht München I
- (10) Verfahren 1 Kls 154/48 beim Landgericht München I
- (11) Verfahren 1 Ks 10/49 beim Landgericht München I
- (12) Verfahren 2 Ks 1/68 beim Landgericht München I
- (13) Stellungnahme des Direktors der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar zum Bericht des Bayerischen Prüfungsverbandes öffentlicher Kassen, Prüfungsamt München, Barerstr. 20 vom 23. 11.38 am 1.11.39 in (11) Bl. 435 - 471

im Bundesarchiv Koblenz

- (14) R 36/1379 - 1382 Erbbiologische Bestandsaufnahme in Heil- und Pflegeanstalten
- (15) R 96/I 1 - 9 Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten
- (16) Film FC 1805 P(10) wie oben

im KZ-Museum Dachau

- (17) 9489/2 Hartheim, aus der Pfarrchronik Alkoven
- (18) 12.560 Hartheim, Bericht des Adam Gobolski
- (19) 18.876 - 18.921 Städtische Trinkerfürsorge Augsburg

aus Zschr. Neurol.

- (20) Berichte über die Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie, Kaiser-Wilhelm-Institut in München 1933 - 1944

## 2. Literatur

- (21) ACKERKNECHT, ERWIN H.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart 1957
- (22) ADAM, HERMANN AUGUST: Über Geisteskrankheit in alter und neuer Zeit. Regensburg 1928
- (23) ALT, KONRAD: Zur Geschichte des Pavillonsystems. Irrenpflege 2 (1898) 93 - 101
- (24) AMMON, GÜNTER: Psychiatrie und Gesellschaft. Zschr. Klin. Psychol. Psychother. 21 (1970) 243 - 250
- (25) ders.: Dynamische Psychiatrie. 1. Aufl. Darmstadt 1973. 2. Aufl. München 1980
- (26) ders.: Psychische Schäden durch berufliche und gesellschaftliche Diskriminierung infolge der sogenannten Nürnberger Gesetze. Dynam. Psychiatr. 13 (1980) 305 - 316
- (27) ders.: The Dynamics of Holocaust. Dynam. Psychiatr. 17 (1984) 404 - 415
- (28) AST, FRITZ: Beitrag zur Statistik der idiopathischen Hypertrophie und Myodegeneration des Herzens. Med. Diss. München 1896
- (29) ders.: Wissenschaftliche Tätigkeiten in den Anstalten und ärztlicher Nachwuchs. Allg. Zschr. Psychiatr. 91 (1929) 230 - 239
- (30) ders.: Die Eingliederung der offenen Geisteskrankenfürsorge in die öffentliche und private Gesundheitsfürsorge und Wohlfahrtspflege. Zschr. psych. Hyg. 3 (1930) 99 - 106
- (31) ders.: Sterilisierungsgesetz und Anstaltsbestände. Psychiatr.-neurol. Wschr. 35 (1933) 539f.
- (32) ders.: Die Problematik der Sparmaßnahmen in der Geisteskrankenfürsorge. Allg. Zschr. Psychiatr. 100 (1933) 235 - 266
- (33) ders.: Aussprache über das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Psychiatr.-neurol. Wschr. 36 (1934) 501 - 503
- (34) ders.: Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Aerzteblatt Bayern 2 (1935) 165 - 167
- (35) ders.: Der Ärztemangel in den Heilanstalten und Vorschläge zu dessen Behebung, insbesondere hinsichtlich der den Heilanstalten erwachsenden neuen Aufgaben. Zschr. psych. Hyg. 9 (1936) 8 - 20
- (36) ders.: Einiges über Aufgabe und Zweck der Irrenpflege im nationalsozialistischen Staat. Aerztebl. Bayern 4 (1937) 242f.

- (37) ders.: Erfahrungen über den Nachweis der Schizophrenie im Erbgesundheitsgerichtsverfahren. Allg. Zschr. Psychiatr. 112 (1939) 360 - 390
- (38) ders. u. FALTSHAUSER, VALENTIN: Die dem Außendienst der öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten erwachsenden Aufgaben im neuen Staate. Zschr. psych. Hyg. 7 (1934) 131 - 142
- (39) B. (BRESLER, JOHANNES?): Eglfing. Nach "Gedenkschrift zur Eröffnung der Oberbayrischen Heil- und Pflegeanstalt Eglfing bei München". Von Direktor Dr. Vocke und k. Bauamtmann A. Stauffer. Psychiatr.-neurol. Wschr. 8 (1906/07) 21 - 23
- (40) BAADER, GERHARD u. SCHULTZ, ULRICH (Hrsg.): Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit - Ungebrochene Tradition? Berlin-West 1980
- (41) BAEYER, WALTER VON: Die moderne psychiatrische Schockbehandlung. Stuttgart 1951
- (42) ders.: Die Bestätigung der NS-Ideologie in der Medizin unter besonderer Berücksichtigung der "Euthanasie". Berlin 1966
- (43) BASTIAN, TILL: Von der Eugenik zur Euthanasie. Ein verdrängtes Kapitel aus der Geschichte der Deutschen Psychiatrie. Bad Wörishofen 1981
- (44) BECKER, CARL: Die Durchführung der Euthanasie in den katholischen caritativen Heimen für geistig Behinderte. In: Jahrbuch der Caritaswissenschaft. Freiburg 1968. S. 104 - 119
- (45) BECKER, JOACHIM: Die Geschichte des Rheinischen Landeskrankenhauses Düsseldorf-Grafenberg von 1876 bis 1918. Med. Diss. Düsseldorf 1978
- (46) BENEDEK, LADISLAUS: Insulin-Shockwirkung auf die Wahrnehmung. Berlin 1935
- (47) BETTELHEIM, BRUNO: Erziehung zum Überleben. Zur Psychologie der Extremsituation. München 1982
- (48) BIRNBAUM, KARL: Geschichte der psychiatrischen Wissenschaft. In: Bumke, Oswald (Hrsg.): Handbuch der Geisteskrankheiten. Band 1. Berlin 1928. S. 10 - 15
- (49) BINDING, KARL u. HOCHÉ, ALFRED: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Leipzig 1920
- (50) BLASIUS, DIRK: Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses. Frankfurt a. M. 1980
- (51) ders.: Psychiatrischer Alltag im Nationalsozialismus. In: Peukert, Detlev u. Reulecke, Jürgen (Hrsg.): Die Reihen fest geschlossen. Wuppertal 1981. S. 367 - 380

- (52) ders.: Psychiatrische Versorgung in Preußen, 1880 - 1910. Sudhoffs Arch. 66 (1982) 105 - 128
- (53) BRAND, ULRICH: Ärztliche Ethik im 19. Jahrhundert. Der Wandel ethischer Inhalte im medizinischen Schrifttum. Med. Dissertation. Freiburg i. Br. 1977
- (54) BRANDL, KARL: Beitrag zur Kenntnis der Ectopia vesicae. Med. Diss. München 1899
- (55) BRAUNMÜHL, ANTON VON: Über einige myelo-lymphoide und lymphoepitheliale Organe der Anuren. Ein Beitrag zur Morphologie des Jugularkörperchens, des Corpus propericordiale und Corpus procoracoidale wie des Kiemenhöhlenkörperchens von Rana temporaria. Med. Diss. München 1927
- (56) ders.: "Custos, quid de nocte?" - Wächter, wieviel ist es in der Nacht? Psychiatr.-neurol. Wschr. 31 (1929) 529 - 531
- (57) ders.: Picksche Krankheit. In: Bumke, Oswald (Hrsg.): Handbuch der Geisteskrankheiten. Band XI. Berlin 1930. S. 673 - 715
- (58) ders.: Die Insulinshockbehandlung der Schizophrenie (Ein Hinweis). Münch. med. Wschr. 84 (1937) 8 - 11
- (59) ders.: Über die Insulinshockbehandlung der Schizophrenie (Organisatorisches und Praktisches). Psychiatr.-neurol. Wschr. 39 (1937) 156 - 163
- (60) ders.: Die "Zickzack-Methode", ihre Praxis und ihre Verwendung als Sensibilisierungstest bei der Insulinshockbehandlung der Schizophrenie. Nervenarzt 10 (1937) 545 - 553
- (61) ders.: Über Körpergewichtsstudien bei insulinbehandelten Schizophrenen (Vorläufige Mitteilung). Allg. Zschr. Psychiatr. 108 (1938) 144 - 156
- (62) ders.: Das "Azoman" bei der Krampfbehandlung der Schizophrenie. Psychiatr.-neurol. Wschr. 40 (1938) 515 - 519
- (63) ders.: Die kombinierte Shock-Krampfbehandlung der Schizophrenie am Beispiel der "Blockmethode". Zschr. Neurol. 164 (1938) 69 - 92
- (64) ders.: Hinweis auf eine Insulinkurve. Zschr. Neurol. 166 (1939) 711 - 714
- (65) ders.: Die Insulinkurve der Insulinstation Egglfing-Haar bei München. Der deutsche Krankenpfleger 8 (1940) 125f.
- (66) ders.: Shocklinie und Hypoglykämieinie. Zugleich ein Bericht über 3 Jahre Zickzackmethode bei der Insulinbehandlung. Zschr. Neurol. 169 (1940) 413 - 416

- (67) ders.: Der Elektrokrampf in der Psychiatrie (Ein methodischer Hinweis). Münch. med. Wschr. 87 (1940) 511 - 514
- (68) ders.: Einige grundsätzliche Bemerkungen zur Schock- und Krampfbehandlung der Psychosen. Allg. Zschr. Psychiatr. 118 (1941) 67 - 79
- (69) ders.: Aus der Praxis der Krampftherapie. Allg. Zschr. Psychiatr. 120 (1942) 146 - 157
- (70) ders.: Fünf Jahre Shock- und Krampfbehandlung in Eglfing-Haar. Ein Rechenschaftsbericht. Arch. Psychiatr. 114 (1942) 410 - 440
- (71) ders.: Über mobile Elektrodentechnik bei der Elektrokrampftherapie. Arch. Psychiatr. 114 (1942) 605 - 610
- (72) ders.: Moderne Behandlungsmethoden in der Psychiatrie. Zschr. ärztl. Fortbild. 39 (1942) 25 - 30
- (73) ders.: Insulinshock und Heilkrampf in der Psychiatrie. Ein Leitfaden für die Praxis. 2. Aufl. Stuttgart 1947
- (74) ders.: Moderne Behandlungsmethoden in der Psychiatrie. Stimmen der Zeit 140 (1947) 128 - 137
- (75) ders. u. NEUBÜRGER, KARL: Hirnverletzungen. In: Bumke, Oswald (Hrsg.): Handbuch der Geisteskrankheiten. Band XI. Berlin 1930. S. 321 - 348
- (76) BREGGIN, PETER ROGER: Psychiatrie im Faschismus. In: Dörner, Klaus (Hrsg.): Der Krieg gegen die Psychisch Kranken. Rehbürg-Loccum 1979. S. 184 - 190
- (77) ders.: Elektroschock ist keine Therapie. München 1980
- (78) BRESLER, JOHANNES (Hrsg.): Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild. Halle a. S. 1910
- (79) BRUCKMÜLLER, IRENE: Zur Frage der Beziehungen zwischen Anfallstod bei Epilepsie und meteorologischen Veränderungen. Zschr. Neurol. 151 (1934) 691 - 695
- (80) BRUTSCHER, HERMANN JOACHIM: Professoren und Privatdozenten der Neurologie und Psychiatrie an der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München und an der Obb. Heil- und Pflegeanstalt in Haar von 1945 bis 1970. Med. Diss. Erlangen-Nürnberg 1976
- (81) BÜCHNER, FRANZ: Vom geistigen Standort der Medizin. Freiburg 1957
- (82) BUMKE, OSWALD: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 3. Aufl. München 1929

- (83) CASTEL, ROBERT: Die psychiatrische Ordnung. Das goldene Zeitalter des Irrenwesens. Frankfurt a. M. 1983
- (84) CRANACH, MICHAEL VON: Die Münchner Klinik und die psychiatrische Diagnostik. Münch. med. Wschr. 123 (1980) 777 - 780
- (85) DAHM, ANDREAS: Zum Phänomen der Antipsychiatrie seit dem 19. Jahrhundert. Med. Diss. Bonn 1983
- (86) DEES, OTTO: Die Heil- und Pflegeanstalt Gabersee in ihrer Entstehung und deren Geschichte in den ersten 25 Jahren. München 1909
- (87) DÖRNER, KLAUS: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt 1975
- (88) ders. (Hrsg.): Der Krieg gegen die Psychischkranken. Rehbarg-Loccum 1979
- (89) ders. (Hrsg.): Fortschritte der Psychiatrie im Umgang mit Menschen. Wert und Verwertung des Menschen im 20. Jahrhundert. Rehbarg-Loccum 1984
- (90) DREYER, HEIDEMARIE: Asylierung und Ausmerze als spezifische Leitbegriffe völkischer Ideologie, dargestellt am Beispiel der Alkoholismusbekämpfung. Med. Diss. Kiel 1971
- (91) DWINGER, HENNING: Zur Entstehung des Bezirkskrankenhauses Haar bei München. Med. Diss. München 1979
- (92) EHRHARDT, HELMUT: Euthanasie und Vernichtung "lebensunwerten" Lebens. Stuttgart 1965
- (93) EICHHORN, CARLA: Beziehungen zwischen Haut und innerer Sekretion mit besonderer Berücksichtigung der Psoriasis und ihrer Heilung durch Thymusbestrahlung. Med. Diss. München 1925
- (94) ELLENBERGER, HENRY F.: Die Entdeckung des Unbewußten. 2 Bde. Bern 1973
- (95) ENGELHARDT, DIETRICH VON: Philosophische Grundlagen der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts. In: Janzarik, Werner (Hrsg.): Psychopathologische Konzepte der Gegenwart. Stuttgart 1982. S. 4 - 18
- (96) ENGISCH, KARL: Euthanasie und Vernichtung lebensunwerten Lebens in strafrechtlicher Bedeutung. Stuttgart 1948
- (97) ENTRES, JOSEPH L.: Zur Klinik und Vererbung der Huntingtonschen Chorea. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie. Berlin 1921

- (98) ders.: Über Huntingtonsche Chorea. Zschr. Neurol. 73 (1921) 541 - 551
- (99) ders.: Die Kinder eklamptischer Mütter, ein Beitrag zur Lehre vom Geburtstrauma. Allg. Zschr. Psychiatr. 81 (1925) 258 - 277
- (100) ders.: Vererbung, Keimschädigung. In: Bumke, Oswald (Hrsg.): Handbuch der Geisteskrankheiten. Band 1. Berlin 1928. S. 50 - 307
- (101) ERDMANN, KARL DIETRICH: "Lebensunwertes Leben". Totalitäre Lebensvernichtung und das Problem der Euthanasie. Geschichte in Wissenschaft und Unterricht 26 (1975) 215 - 225
- (102) EULNER, HANS HEINZ: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes. Stuttgart 1970
- (103) FICHTMÜLLER, WERNER: Dissertationen in den medizinischen Fakultäten der Universitäten Deutschlands von 1933 - 1945 zum Thema: "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933". Med. Diss. Erlangen-Nürnberg 1972
- (104) FICHTNER, GERHARD: Die Euthanasiediskussion in der Zeit der Weimarer Republik. In: Eser, Albin (Hrsg.): Suizid und Euthanasie als human- und sozialwissenschaftliches Problem. Stuttgart 1976. S. 24 - 40
- (105) FINZEN, ASMUS: Auf dem Dienstweg. Rehburg-Loccum 1984
- (106) FISCHER-HOMBERGER, ESTHER: Dem Einzelnen oder der Gesamtheit verpflichtet? Zwei Arten ärztlicher Ethik. Ein Kapitel aus der Medizingeschichte. Schweiz. Aerzteztg. 54 (1973) 681 - 685, 723 - 729
- (107) FOUCAULT, MICHEL: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. 5. - 6. Tsd. Frankfurt a. M. 1981
- (108) ders.: Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. 4. Aufl. Frankfurt a. M. 1981
- (109) FOUQUET, CHRISTIANE: Euthanasie und Vernichtung "lebensunwerten" Lebens unter Berücksichtigung des behinderten Menschen. Oberbiel 1978
- (110) FRYDL, VLADIMIR: Zur Geschichte und Entwicklung der Prosektur in Haar. Aerztl. Gespräch 34 (1980) 11 - 40
- (111) GEBEL, H. und GRISSHAMMER, H.: Dokumentation zu den Krankenverlegungen aus den Neuendettelsauer Anstalten 1941, dem Verhalten von Innerer Mission und Kirche 1936 - 42 und der heutigen Reaktion von Kirche und Diakonie auf die Nachfrage nach den Ereignissen. Berlin 1977

- (112) GEUTER, ULFRIED: Die Professionalisierung der deutschen Psychologie im Nationalsozialismus. Frankfurt a. M. 1984
- (113) GOETZE, FRITZ u. MEESKE, HELLMUTH: Reichsgesundheitswesen. Eine Sammlung der wichtigeren Gesetze, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften des Reichsrechts über das Gesundheitswesen. München 1937
- (114) GOFFMAN, ERVING: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. 4. Aufl. Frankfurt a. M. 1981
- (115) GRAF, JAKOB: Vererbungslehre, Rassenkunde und Erbgesundheitspflege. 2. Aufl. München 1934
- (116) GRIESINGER, WILHELM: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart 1845
- (117) ders.: Vorwort. Arch. Psychiatr. 1 (1868/69) III - VIII
- (118) ders.: Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland. Arch. Psychiatr. 1 (1868/69) 8 - 43
- (119) GROSS, ADOLF: Allgemeine Therapie der Psychosen. In: Aschaffenburg, Gustav (Hrsg.): Handbuch der Psychiatrie. Allgem. Teil. 4. Abt. Leipzig 1912. S. 49 - 208
- (120) GROSSHAUSER, JUTTA: Die Entwicklung der Heil- und Pflegeanstalt Karthaus-Prüll in der Zeit von 1852 bis 1939 unter besonderer Berücksichtigung der Behandlungs- und Pflegemethode. Med. Diss. Erlangen-Nürnberg 1973
- (121) GROTJAHN, ALFRED: Soziale Pathologie. Berlin 1912
- (122) GRUCHMANN, LOTHAR: Euthanasie und Justiz im Dritten Reich. Vierteljahresh. Zeitgesch. 20 (1972) 235 - 279
- (123) GÜSE, HANS GÜNTHER u. SCHMACKE, NORBERT: Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus. 2 Bde. Kronberg 1976
- (124) GÜTT, ARTHUR: Verhütung krankhafter Erbanlagen. Eine Übersicht über das Erbkrankheitsgesetz mit Texten. 2. Aufl. Langensalza 1936
- (125) ders., RÜDIN, ERNST u. RUTKE, FALK: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (bearbeitet und erläutert). München 1934
- (126) 75 Jahre Bezirkskrankenhaus Haar 1905 - 1980. Hrsg. von HAAR, BEZIRKSKRANKENHAUS BEI MÜNCHEN. Haar 1980

- (127) HAFNER, KARL HEINZ u. WINAU, ROLF: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Med. hist. J. 9 (1974) 227 - 254
- (128) HAGEN, FRIEDRICH WILHELM: Zum bayerischen Irrenwesen. Allg. Zschr. Psychiatr. 6 (1849) 541 - 585
- (129) HAISCH, ERICH: Irrenpflege in alter Zeit. Ciba-Zschr. 95 (1959) 3142 - 3170
- (130) ders.: Historisches zur Entwicklung der Anstalts- und Universitätspsychiatrie. Öff. Gesd.wesen 37 (1975) 70 - 76
- (131) HARRASSER, ALBERT: Konstitution und Rasse bei oberbayerischen endogenen Psychotikern. Zschr. Neurol. 158 (1937) 471 - 480
- (132) ders.: Die Leica als Reisekamera für anthropologische Kopfaufnahmen. Anthrop. Anz. 14 (1937) 162 - 166
- (133) ders.: Rasse und Körperkonstitution bei Schizophrenie. Weitere Ergebnisse aus Untersuchungen in Oberbayern. Zschr. Neurol. 165 (1939) 119 - 128
- (134) ders.: Zur Bedeutung und Methode der Anthropologie bei erbbiologischen Untersuchungen in schizophrenen Sippen. Allg. Zschr. Psychiatr. 112 (1939) 168 - 176
- (135) ders.: Zur Methode der Konstitutions- und Rassendiagnose bei Schizophrenen. Zschr. menschl. Vererb.-Konstit.lehre 22 (1939) 441 - 455
- (136) HARLFINGER, HANSPETER: Arbeit als Mittel psychiatrischer Therapie. Stuttgart 1968
- (137) HASE, HANS CHRISTOPH VON (Hrsg.): Evangelische Dokumente zur Ermordung der "unheilbar Kranken" unter der nationalsozialistischen Herrschaft in den Jahren 1939 - 1945. Stuttgart 1964
- (138) HECKER, THILDE: Blutbild und Krampfbehandlung. Zschr. Neurol. 168 (1940) 706 - 708
- (139) HERMANN, ALFRED: Die Mordkiste in Hadamar. Dortmund 1961
- (140) HIERONIMI, STEFAN: Nationalsozialistische Vernichtungsaktionen an geistig Kranken im Spiegel Psychiatrie-historischer Publikationen des Nachkriegsdeutschland; eine Auseinandersetzung mit psychiatrischen Positionen zur Geschichte der deutschen Psychiatrie. Med. Diss. Mainz 1982
- (141) HIPPIUS, HANNS u. LAUTER, HANS (Hrsg.): Standorte der Psychiatrie. Zum Selbstverständnis einer angefochtenen Wissenschaft. München 1976

- (142) HOFFMANN, CHRISTOPH: Der Inhalt des Begriffes "Euthanasie" im 19. Jahrhundert und seine Wandlung in der Zeit bis 1920. Med. Diss. Berlin (Ost) 1969
- (143) HOFFMANN, HANS: Kurzes Repetitorium der Psychiatrie unter besonderer Berücksichtigung der Erbpathologie und der Erbgesundheitsgesetzgebung. Berlin 1937
- (144) HOFMANN, ELISABETH: Körperliches Befinden und Einstellung von Frauen, die nach dem Erbgesundheitsgesetz sterilisiert wurden. Med. Diss. Heidelberg 1937
- (145) HÖFNER, WERNER: Zur Situation Münchner Krankenanstalten während des Zweiten Weltkrieges und in den Jahren des Wiederaufbaus. Med. Diss. München 1979
- (146) HÖLZEL, FRIEDRICH: Über das Facialisphänomen bei Geisteskranken. Med. Diss. München 1921
- (147) ders.: Über die Kriterien der Anstaltsbedürftigkeit. Allg. Zschr. Psychiatr. 101 (1934) 405 - 410
- (148) HOLZER, W., KLAUE, A. u. REISNER, H.: Erfahrungen mit der Elektroschocktherapie. Allg. Zschr. Psychiatr. 120 (1942) 119 - 145
- (149) HONOLKA, BERT: Die Kreuzelschreiber. Ärzte ohne Gewissen - Euthanasie im Dritten Reich. Hamburg 1961
- (150) IMHOF, ALBERT: 10 Jahre Kinderhaus Haar mit Erörterung der Fürsorgeerziehung jugendlicher Psychopathen. Allg. Zschr. Psychiatr. 79 (1923) 464
- (151) JASER, RUDOLF: Über den Einfluß des Greisenalters auf die Gestaltung schizophrener Prozesse. Allg. Zschr. Psychiatr. 89 (1928) 1 - 19
- (152) JASPERS, KARL: Allgemeine Psychopathologie. 1. Aufl. 1913. 7. Aufl. Berlin 1959
- (153) JETTER, DIETER: Geschichte des Hospitals. Westdeutschland von den Anfängen bis 1850. Wiesbaden 1966
- (154) ders.: Geschichte des Hospitals. Zur Typologie des Irrenhauses in Frankreich und Deutschland (1780 - 1840). Wiesbaden 1971
- (155) ders.: Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses. Darmstadt 1981
- (156) KALINOWSKY, LOTHAR B. u. HOCH, PAUL H.: Schockbehandlungen, Psychochirurgie und andere somatische Behandlungsverfahren in der Psychiatrie. Bern 1954

- (157) KASPAR, FRANZ u. WOLLASCH, HANS JOSEF: Bilder aus 100 Jahren caritativer Sorge um geistig behinderte Menschen. Freiburg 1981
- (158) KAUL, FRIEDRICH KARL: Nazimordaktion T 4. Berlin 1973
- (159) KERSCHENSTEINER, HERMANN: Geschichte der Münchner Krankenanstalten insbesondere des Krankenhauses links der Isar. München 1913
- (160) KICK, E.: Der Forschungsansatz Kraepelins aus der Sicht seiner klinischen Praxis. Fortschr. Neurol. 49 (1981) 259 - 264
- (161) KIRCHHOFF, THEODOR: Grundriß einer Geschichte der deutschen Irrenpflege. Berlin 1890
- (162) KLEE, ERNST: "Euthanasie" im NS-Staat. Die "Vernichtung lebensunwerten Lebens". Frankfurt a. M. 1983
- (163) ders. (Hrsg.): Dokumente zur "Euthanasie". Frankfurt a. M. 1985
- (164) KOGON, EUGEN, LANGBEIN, HERMANN u. RÜCKERL, ADALBERT: Nationalsozialistische Massentötungen durch Giftgas. Frankfurt a. M. 1983
- (165) KOLB, GERHARD: Strukturelle Wandlungen im wirtschaftlichen und sozialen Gefüge der Bevölkerung Bayerns seit 1840. Phil. Diss. Erlangen-Nürnberg 1966
- (166) KOLB, GUSTAV: Vorschläge für die Ausgestaltung der Irrenfürsorge und für die Organisation der Irrenanstalten unter besonderer Berücksichtigung der bayrischen Verhältnisse. Halle a. S. 1908
- (167) KOLB, KARL: Postoperative psychische Reaktionen bei Sterilisierten in der Heilanstalt. Münch. med. Wschr. 82 (1935) 1641f.
- (168) KOLLE, KURT: Große Nervenärzte. Band 1-3. Stuttgart 1956
- (169) KOLLMANN, FRITZ: Bayerns Irrenpflege bis zum Ende des 18. Jahrhunderts. Zbl. Nervenhk. 22. Neue Folge 10 (1899) 625 - 628
- (170) ders.: Zur Geschichte der Irrenpflege in Bayern. Friedreichs Bl. gerichtl. Med. 51 (1900) 340 - 356
- (171) KORNFELD, S.: Geschichte der Psychiatrie. In: Neuburger, Max u. Pagel, Julius: Handbuch der Geschichte der Medizin. Band 3. Jena 1905. S. 601 - 728
- (171) KORZENDORFER, ANDREAS (Hrsg.): Ärztliches Handbuch für Bayern. 38. Jg. München 1925. 39. Jg. München 1926. 40. Jg. München 1928. 41. Jg. München 1931/32

- (173) KOTY, JOHN: Die Behandlung der Alten und Kranken bei den Naturvölkern. Stuttgart 1934
- (174) KRABBE, WOLFGANG R.: Die Anfänge des "sozialen Wohnungsbaus" vor dem Ersten Weltkrieg. Vierteljahrschr. Soz.- u. Wirtschaftsgesch. 71 (1984) 30 - 58
- (175) KRAEPELIN, EMIL: Hundert Jahre Psychiatrie. Zschr. Neurol. 38 (1918) 161 - 275
- (176) ders.: Lebenserinnerungen. Berlin 1983
- (177) ders. u. LANGE, JOHANNES: Psychiatrie. Band 1-4. 9. Aufl. Leipzig 1927
- (178) KRAUS, KARL: Die Irrenbehandlung und Irrenpflege vor 50 Jahren in Bayern und deren Fortschritte bis in die Gegenwart. München 1888
- (179) KRÖNER, HANS PETER: Die Eugenik in Deutschland von 1871 - 1914. Med. Diss. Münster 1980
- (180) KUHN, PETER: Die Geschichte des Rheinischen Landeskrankenhauses Düsseldorf-Grafenberg von 1918 - 1945. Med. Diss. Düsseldorf 1977
- (181) LAEHR, HANS: Die Anstalten für psychisch Kranke in Deutschland, Österreich, der Schweiz und den baltischen Ländern. 7. Aufl. Berlin 1912. 8. Aufl. Berlin 1929. 9. Aufl. Berlin 1937
- (182) LANGERMANN, JOHANN GOTTFRIED: Ueber den gegenwärtigen Zustand der psychischen Heilmethode der Geisteskrankheiten und über die erste, zu Bayreuth errichtete Heilanstalt. Allg. Zschr. Psychiatr. 2 (1845) 601 - 606
- (183) LEIBBRAND, WERNER (Hrsg.): Um die Menschenrechte der Geisteskranken. Nürnberg 1946
- (184) ders. u. WETTLEY, ANNEMARIE: Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie. Freiburg 1961
- (185) LEUTHOLD, GERHARD: Veröffentlichungen des medizinischen Schrifttums in den Jahren 1933 - 1945 zum Thema: "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933". Med. Diss. Erlangen-Nürnberg 1975
- (186) LICHTENTHAELER, CHARLES: Geschichte der Medizin. Die Reihenfolge ihrer Epochen - Bilder und die treibenden Kräfte ihrer Entwicklung. 3. Aufl. Köln 1982
- (187) LILIENTHAL, GEORG: Rassenhygiene im Dritten Reich. Med. hist. J. 14 (1979) 114 - 134

- (188) MADER, ERNST T.: Das erzwungene Sterben von Patienten der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren-Irsee zwischen 1940 und 1945 nach Dokumenten und Berichten von Augenzeugen. Blöcktach 1982
- (189) MAERZ, BARBARA: Die "Münchner Neuesten Nachrichten" als Quelle zur medizinischen Lokalgeschichte für die Zeit von 1933 bis 1938 unter bevorzugter Berücksichtigung der medizinischen Veranstaltungen und der Berichterstattung über Personen und Institutionen des Gesundheitswesens. Med. Diss. München 1977
- (190) MANDEL, HANS: Erfahrungen mit der Insulinbehandlung des Diabetes mellitus. Med. Diss. Würzburg 1927
- (191) MAYR, RODERICH: Über Endzustände mit Korssakowscher Psychose. Med. Diss. München 1911
- (192) ders.: Die Bestrebungen der psychischen Hygiene und die Anstaltspsychiatrie. Zschr. psych. Hyg. 2 (1929) 74 - 80
- (193) MEDUNA, LADISLAUS VON: Versuche über die biologische Beeinflußung des Ablaufes der Schizophrenie. I. Campher- und Cardiazolkrämpfe. Zschr. Neurol. 152 (1935) 235 - 262
- (194) MEYER, JOACHIME. u. SPRUNG, RÜDIGER: Entwicklungstendenzen der intramuralen Psychiatrie zwischen 1867 und 1931. Arch. Psychiatr. 223 (1977) 271 - 285
- (195) MIDDELMANN, ELEONORE: Die Entwicklung der Therapie im Rheinischen Landeskrankenhaus - Psychiatrische Klinik der Universität von 1876 bis 1976. Med. Diss. Düsseldorf 1978
- (196) MILLER, ALICE: Am Anfang war Erziehung. Frankfurt a. M. 1983
- (197) MITSCHERLICH, ALEXANDER u. MIELKE, FRED: Medizin ohne Menschlichkeit. 16. - 100. Tsd. Frankfurt a. M. 1981
- (198) MÖNNICH, HEIDI: Paradigmenwechsel einer Wissenschaft. Esoterica 36 (1985) 452 - 460
- (199) MÜLLER, RICHARD: Krampfbehandlung der Schizophrenie und Schenkelhalsfraktur. Münch. med. Wschr. 86 (1939) 525 - 527
- (200) MÜLLER-HILL, BENNO: Tödliche Wissenschaft. Die Aussonderung von Juden, Zigeunern und Geisteskranken 1933 - 1945. Reinbek bei Hamburg 1984
- (201) NACHTSHEIM, HANS: Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses aus dem Jahre 1933 in heutiger Sicht. Aertztl. Mitt. 59 (1962) 1640 - 1644, 2515 - 2519

- (202) NADLER, HERMANN: Über den Einfluß intradermaler Einspritzungen auf das Blutbild. Med. Diss. München 1929
- (203) NASSAUER, MAX: Sterben ... ich bitte darum. München 1911
- (204) NEUBÜRGER, KARL: Arteriosklerose. In: Bumke, Oswald (Hrsg.): Handbuch der Geisteskrankheiten. Band XL Berlin 1930. S. 570 - 637
- (205) ders.: Sektionsbefunde bei plötzlichen und unklaren Todesfällen Geisteskranker. Zschr. Neurol. 150 (1934) 670 - 685
- (206) NOWAK, KURT: "Euthanasie" und Sterilisierung im "Dritten Reich". Die Konfrontation der evangelischen und katholischen Kirche mit dem "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" und der "Euthanasie"-Aktion. 1. Aufl. Göttingen 1980, 3. Aufl. Göttingen 1984
- (207) Das Nervenkrankenhaus Haar bei München 1905 - 1955. Hrsg. von OBERBAYERN, BEZIRK. Traunstein 1956
- (208) OEGG, JOSEPH: Die Behandlung der Irren in dem K. Julius-spital zu Würzburg. Sulzbach 1829
- (209) PANDY, KOLOMAN: Die Irrenfürsorge in Europa. Eine vergleichende Studie. Berlin 1908
- (210) PANSE, FRIEDRICH: Erbfragen bei Geisteskrankheiten. Leipzig 1936
- (211) ders.: Das psychiatrische Krankenhauswesen. Stuttgart 1964
- (212) PAPST, PIUS: Krebs-Statistik nach dem Material der Chirurgischen Klinik zu München 1890 - 1910. Med. Diss. München 1910
- (213) ders.: Zur Epilepsiebehandlung mit Phenyläthylbarbitursäure und Belladonna. Psychiatr.-neurol. Wschr. 34 (1932) 40 - 43
- (214) ders.: Herrn Obermedizinalrat Dr. Fritz Ast Direktor der oberbayrischen Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar zum 60. Geburtstag. Psychiatr.-neurol. Wschr. 34 (1932) 469 - 471
- (215) PAULEICKHOFF, BERNHARD: Das Menschenbild im Wandel der Zeit: Ideengeschichte der Psychiatrie und der klinischen Psychologie. Band 2: Die Zeit bis Kraepelin und Freud. Hürtgenwald 1983
- (216) PFANNMÜLLER, HERMANN: Beeinflussung des N-Stoffwechsels im Infektionsfieber durch abundante Kohlehydratzufuhr. Med. Diss. München 1913

- (217) ders.: Der bayrische Amtsarzt und die Einschaffung des gemeingefährlichen Geisteskranken nach Art. 80/II des PStGB., insbesondere Stellungnahme zur Frage der polizeilichen Einweisung gemeingefährlicher Trinker. Zschr. Med. beamte 46 (1933) 93 - 106
- (218) ders.: Die Mitarbeit des Facharztes bei der Betreuung von Alkoholkranken in der Heilstätte. Bl. prakt. Trinkerhilfe 20 (1936) 49 - 55, 79 - 91
- (219) ders.: Über das Lebenserwartungsalter unheilbarer Geisteskranker in Heil- und Pflegeanstalten. Öff. Gesd. dienst 6 (1940) 417 - 431, 449 - 457
- (220) PHAYER, FINTAN MICHAEL: Religion und das Gewöhnliche Volk in Bayern in der Zeit von 1750 - 1860. München 1970
- (221) PLATEN-HALLERMUND, ALICE: Die Tötung Geisteskranker in Deutschland. Frankfurt a. M. 1948
- (222) PLÖSSL, ELISABETH: Weibliche Arbeit in Familie und Betrieb. Bayerische Arbeiterfrauen 1870 - 1914. München 1983
- (223) POLTROT, ROBERT: Die Ermordeten waren schuldig? Amtliche Dokumentation der Direction de la Santé Publique der französischen Militärregierung, Untersuchungsergebnisse. Baden-Baden 1947
- (224) RADECKER, JOSEF: Anstaltspfarrer in Eglfing-Haar. Gespräch vom 26.11.1983. Unveröffentlichtes Protokoll einer Tonbandaufzeichnung
- (225) REGAU, THOMAS: Medizin auf Abwegen. Der Einbruch der Technik in die Heilkunst. München 1960
- (226) REHM, ERNST: Über die künftige Ausgestaltung der Irrenfürsorge in Bayern. Zbl. Nervenhk. 31. Neue Folge 19 (1908) 601 - 627
- (227) RIEPENHAUSEN, JOSEF: Die Phänomene der Azoman-Aura. Fortschr. Neurol. 15 (1943) 236 - 258
- (228) RÖHLING, GERD: Geschichte der Dynamischen Psychiatrie. In: Ammon, Günter (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Band 1. München 1979. S. 12 - 46
- (229) ROHDEN, GUSTAV VON: Über die rassehygienischen Aufgaben des Anstaltspsychiaters. Psychiatr.-neurol. Wschr. 35 (1933) 473 - 479
- (230) ROLLER, CHRISTIAN FRIEDRICH WILHELM: Die Irrenanstalten nach allen ihren Beziehungen. Karlsruhe 1831

- (231) ROEMER, HANS: Die Durchführung und weitere Ausgestaltung des Sterilisierungsgesetzes. Zschr. psych. Hyg. 8 (1935) 131 - 141
- (232) ders.: Die erbbiologische Bestandsaufnahme in den Krankenanstalten. Zschr. psych. Hyg. 8 (1935) 161 - 173
- (233) ders.: Die Leistungen der psychiatrischen Kliniken und der öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten bei der Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im ersten Jahr des Vollzugs (1934). Zschr. psych. Hyg. 9 (1936) 47 - 52
- (234) ders.: Zur Durchführung der erbbiologischen Bestandsaufnahme in den Heil- und Pflegeanstalten. Zschr. psych. Hyg. 9 (1936) 110 - 120
- (235) ders., KOLB, GUSTAV u. FALTHAUSER, VALENTIN (Hrsg.): Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten. Berlin 1927
- (236) ROMEY, STEFAN: "Euthanasie" in Hamburger Anstalten. Behindertenpädagogik 19 (1980) 215 - 223
- (237) ROTH, KARL HEINZ (Hrsg.): Erfassung zur Vernichtung: Von der Sozialhygiene zum "Gesetz über Sterbehilfe". Berlin 1984
- (238) RÖSCH, ALBERT: Über die Häufigkeit des Uterussarkoms. Med. Diss. München 1926
- (239) ders.: Zur Sterilisierungsfrage bei Alkoholikern. Psychiatr.-neurol. Wschr. 37 (1935) 487 - 489
- (240) RÜDIN, ERNST (Hrsg.): Erblehre und Rassenhygiene im völkischen Staat. München 1934
- (241) ders.: Bedingungen und Rolle der Eugenik in der Prophylaxe der Geistesstörungen. Zschr. psych. Hyg. 10 (1937) 99 - 108
- (242) RUFFIN, HANS: Erfahrungen mit der Insulinschockbehandlung bei Schizophrenen. Allg. Zschr. Psychiatr. 107 (1938) 110 - 113
- (243) RUTKE, FALK: Ehrenschatz für Unfruchtbar gemachte. Öff. Gesd.dienst 1 (1935) 613f.
- (244) SAKEL, MANFRED: Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie. 2. Aufl. Wien 1938
- (245) SALM, HEINRICH: Die Elektrokrampfbehandlung im Erleben der Behandelten. Psychiatrie 2 (1950) 245 - 254

- (246) SCHENCK, ERNST GÜNTHER: Grundlagen und Vorschriften für die Regelung der Krankenernährung im Kriege. Berlin 1940
- (247) SCHIPPERGES, HEINRICH: Zur psychischen und sozialen Situation des Sterbenden in historischer Sicht. In: Eser, Albin (Hrsg.): Suizid und Euthanasie als human- und sozialwissenschaftliches Problem. Stuttgart 1976. S. 13 - 23
- (248) ders.: Von Glanz und Elend psychiatrischer Diagnostik. Paradigmata aus der Geschichte der Seelenheilkunde. In: Medizinische Diagnostik in Geschichte und Gegenwart. Festschrift für Heinz Goerke zum 60. Geb. Hrsg. von Christa Habrich u.a. (= Neue Münchn. Beitr. Gesch. Med. Naturw., Med.-hist. Reihe 7/8). München 1978, S. 459 - 468
- (249) SCHLAICH, LUDWIG: Lebensunwert? Stuttgart 1947
- (250) SCHLEUSSING, HANS: Grippe als Ursache plötzlicher Todesfälle. Allg. Zschr. Psychiatr. 107 (1938) 277 - 282
- (251) SCHMIDT, GERHARD: Selektion in der Heilanstalt 1933 - 1945. Stuttgart 1965
- (252) SCHMITT, DORIS: Elektrographische Untersuchungen bei der Shock- und Krampfbehandlung der Schizophrenie. Zschr. Neurol. 166 (1939) 108 - 127
- (253) SCHNEIDER, CARL: Die Behandlung und Verhütung der Geisteskrankheiten. Berlin 1939
- (254) SCHNEIDER, WOLFGANG CHRISTIAN: Die Chronik der Stadt Stuttgart 1933 - 1945 und die Ausscheidung "Minderwertiger". In: Franz-Mehring-Gesellschaft Stuttgart (Hrsg.): Demokratie- & Arbeitergeschichte. Jahrbuch 4/5. Stuttgart 1985. S. 228 - 310
- (255) SCHNIDTMANN, MORITZ: Der Einfluß des Alkohols auf den Ablauf der Vorstellungen. Med. Diss. München 1911
- (256) SCHNORBUS, AXEL: Arbeit und Sozialordnung in Bayern vor dem Ersten Weltkrieg. Phil. Diss. München 1969
- (257) SCHRENK, MARTIN: Zur Geschichte der Sozialpsychiatrie. Isolierung und Idylle als "Therapeutik der Seelenstörungen". Nervenarzt 38 (1967) 479 - 487
- (258) SCHULTE, WALTER: Klinik der "Anstalts"-Psychiatrie. Stuttgart 1962
- (259) ders.: "Euthanasie" und Sterilisation im Dritten Reich. In: Flitner, Andreas (Hrsg.): Deutsches Geistesleben und Nationalsozialismus. Tübingen 1965. S. 73 - 89
- (260) SCHWARZ, HANNS: Ein Gutachten über die ärztliche Tätigkeit im sogenannten Erbgesundheitsverfahren. Halle 1950

- (261) SIMON, HERMANN: Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. 1. Teil. Allg. Zschr. Psychiatr. 87 (1927) 97 - 145. 2. Teil. Allg. Zschr. Psychiatr. 90 (1929) 69 - 121, 245 - 309
- (262) SENDTNER, FRANZ: Über das Fibrom des Ovariums. Med. Diss. München 1901
- (263) SOLBRIG, AUGUST: Mittheilungen aus der Irrenheil- und Pflegeanstalt zu Erlangen. Allg. Zschr. Psychiatr. 8 (1851) 34 - 79
- (264) ders.: Blicke auf die Entwicklung des Irrenanstaltswesens in Bayern im Laufe des letzten Decenniums. Allg. Zschr. Psychiatr. 12 (1855) 401 - 424
- (265) SORGER, ERNST u. HOFMANN, ERNST: Beobachtungen und Ergebnisse bei der Cardiazol-Krampfbehandlung der Schizophrenie. Psychiatr.-neurol. Wschr. 39 (1937) 462 - 465
- (266) SPISKE, HILMAR: Bibliographie zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie. Neumünster 1975
- (267) Verzeichnis der Heilanstalten, Entbindungsanstalten, Anstalten für Gebrechliche und sonstigen Einrichtungen für Kranke, Genesende, Erholungsbedürftige, Säuglinge und Kinder in Bayern nach dem Stande Ende 1929. Hrsg. von STAATSMINISTERIUM DES INNEREN, bearbeitet im Statistischen Landesamt. München 1930
- (268) STAHL, FRIEDRICH KARL: Amtlicher Bericht über die Reform der Irrenanstalt St. Georgen bei Bayreuth in den Jahren 1853 und 1854. Allg. Zschr. Psychiatr. 12 (1855) 575 - 604
- (269) STÜRZBECHER, MANFRED: Der Vollzug des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 in den Jahren 1935 und 1936. Öff. Gesd.wesen 36 (1974) 350 - 359
- (270) THEOBALD, MAX: Zum Alveolarchineococcus (!) der Leber. Med. Diss. München 1908
- (271) THOMANN, KLAUS-DIETER: Wissenschaftliche Sozialhygiene und gesellschaftliche Praxis im Deutschen Reich. Sudhoffs Arch. 68 (1984) 61 - 76
- (272) ders.: Das Reichsgesundheitsamt und die Rassenhygiene. Bundesgesundheitsblatt 26 (1983) 206 - 213
- (273) THUMM, MAXIMILIAN: Literaturübersicht aktiveren (Beschäftigungs-)Therapie nach Simon. Allg. Zschr. Psychiatr. 89 (1928) 154 - 166
- (274) TRENCCKMANN, ULLRICH: Der Wandel der Epidemiologie der Psychiatrie in der mikrobiologisch-antibiotischen Ära und seine Konsequenzen für das psychiatrische Denken im 19. und 20. Jahrhundert. Zschr. Ges. Hyg. 28 (1982) 211 - 213

- (275) ders. u. ORTMANN, F.: Das psychodynamische Krankheitskonzept der Romantik - Testfall für die Anwendung des Kuhnschen Paradigmbegriffs in einer Humanwissenschaft. Zschr. Psychol. 188 (1980) 331 - 339
- (276) TRÖGER, GERT PAUL: Geschichte der Anstalten der geschlossenen Fürsorge im bayerischen Regierungsbezirk Schwaben insbesondere während des 19. Jahrhunderts. München 1979
- (277) TÜMLER, FRED: Veröffentlichungen aus dem Gebiet der Psychiatrie in den Münchner Medizinischen Wochenschriften von 1854 - 1914. Med. Diss. München 1979
- (278) UNGER, HELLMUTH: Sendung und Gewissen. Berlin 1936
- (279) VOCKE, FRIEDRICH: Oberbayrische Heil- und Pflegeanstalt Eglfing bei München. In: Bresler, Johannes (Hrsg.): Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild. Halle a. S. 1910. S. 23 - 73
- (280) ders.: Die Ausbildung und Prüfung des Pflegepersonals in den Irrenanstalten. Psychiatr.-neurol. Wschr. 22 (1920) 263 - 269
- (281) WEBER, PAUL: Blutdruckmessungen bei Kranken mit manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox. Med. Diss. München 1910
- (282) WEIL, ANDRÉ: Die optischen Wahrnehmungsphänomene in der Hypoglykämie. Mschr. Psychiatr. 100 (1939) 98 - 128
- (283) WEINER, HERBERT: Ehevermittlung für Erbkrankte, Unfruchtbare und Geschädigte. Arch. Rassenbiol. 35 (1941) 29 - 53
- (284) WEITBRECHT, HANS JÖRG: Psychiatrie in der Zeit des Nationalsozialismus. Bonn 1968
- (285) WEIZSÄCKER, VIKTOR VON: "Euthanasie" und Menschenver-suche. Heidelberg 1947
- (286) WIEDEKING, JOSEFA: Selbstbeobachtungen im hypoglykämischen Zustand. Zschr. Neurol. 159 (1937) 417 - 445
- (287) WILLE, LUDWIG: Mittheilungen über die Oberbairische Kreis-Irrenanstalt "auf den Lüften" bei München. Arch. Dt. Gesellschaft. Psychiatr. 7 (1864) 3 - 51
- (288) WINTER, WILHELMINE: Beitrag zur abdominalen und vaginalen Sterilisierung aus eugenischer Indikation an 660 Frauen der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar. Med. Diss. München 1941
- (289) WITTERN, RENATE: Grenzen der Heilkunst - Eine historische Betrachtung. Gerlingen 1982

- (290) WUNDER, MICHAEL u. SIERCK, UDO (Hrsg.): Sie nennen es Fürsorge. Behinderte zwischen Vernichtung und Widerstand. Berlin 1982
- (291) WUTTKE-GRONEBERG, WALTER: Medizin im Nationalsozialismus. Ein Arbeitsbuch. Tübingen 1980
- (292) ZIEGELROTH, LOTHAR: Bericht über die Besichtigung der Insulinstation in der Heilanstalt Eglfing. Psychiatr.-neurol. Wschr. 39 (1937) 496 - 498
- (293) Anonym (C.): Ein Besuch in den Heil- und Pflegeanstalten Eglfing und Haar. Das Grauen des Kinderhauses - Auch ein Beitrag zur Frage der Sterilisation. In: "Völkischer Beobachter" Ausgabe A / Münchner Ausgabe vom 18.2.34. o.S.
- (294) Anonym (er): Die Lehre von Eglfing: Sterilisierung ein Gebot der Humanität und Selbsterhaltung der Nation. In: "Völkischer Beobachter" Ausgabe A / Münchner Ausgabe vom 23.2.34. o.S.
- (295) Anonym (Dr. E.W.): Wir besuchen Geisteskranke in ihren Anstalten. Erschütternde Eindrücke bei einer Pressefahrt nach Eglfing-Haar und Schönbrunn. In: "Münchner Neueste Nachrichten" vom 23.2.34. S. 15
- (296) Anonym: Lebendig und doch tot! In den Heil- und Pflegeanstalten Eglfing-Haar und Schönbrunn. - Bilder des Grauens. Verhütung erbkranken Nachwuchses. In: "Münchner Zeitung" vom 23.2.34. S. 6
- (297) Anonym: Eglfing - Haar - Schönbrunn. Ein Gang durch die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar und die Pflegeanstalt Schönbrunn. In: "Neues Münchner Tagblatt" vom 24./25.2.34. S. 3f.

## Lebenslauf

Ich bin am 16. Oktober 1958 in Freiburg geboren als Sohn des Kinderarztes Dr. med. Heribert Richarz und der Ärztin Dr. med. Rita Richarz geb. Wehrle. Von 1965 bis 1968 besuchte ich in Freiburg die Grundschule und von 1968 bis 1977 das humanistische Friedrich-Gymnasium. An der Albert-Ludwig-Universität Freiburg begann ich im Wintersemester 1977/78 mit dem Medizinstudium; nach der Ärztlichen Vorprüfung wechselte ich zum Wintersemester 1979/80 an die Ludwig-Maximilians-Universität München. Nach dem Praktischen Jahr an der II. Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses München-Schwabing, der Psychiatrischen Klinik und der Medizinischen Klinik Innenstadt der Universität München legte ich am 7. November 1984 die Ärztliche Prüfung ab. Vom 15. Juni bis zum 31. Dezember 1985 arbeitete ich als Assistenzarzt an der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige in München.









